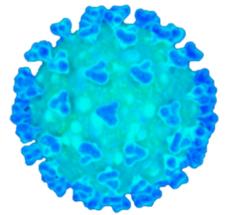


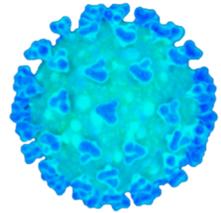
# Protocolo Integrado Centrado en las Personas en Infección por SARS CoV-2 / COVID 19

Red de Gestión y Transferencia de  
Conocimiento  
COVID 19



# Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento

## – COVID 19 – Sociedades Científicas



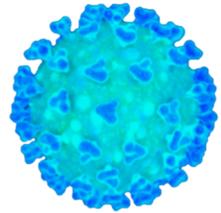
Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento  
COVID 19

Abril - 2020



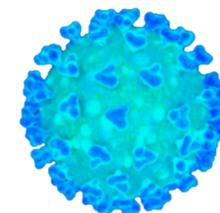
# Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento

– COVID 19 – Universidades



# Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento

– COVID 19 – Clínicas e Instituciones Hospitalarias



Clínica  **Colsanitas**

 **Colsanitas**

 **EPS Sanitas**

  
**CLÍNICA DE MARLY**  
*Cuida su salud*

  
Instituto Global de  
Excelencia Clínica

 **Keralty**

Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento  
COVID 19

Abril - 2020



  
Instituto Global de  
Excelencia Clínica

AGENDA – 14 de Abril Inicio: 7:00 pm

7.00 – 7.10 Presentación Panel, Metodología: Decálogo COVID 19

M. Herrera – FIMMF

7.10 – 7.20 El Arte de Cuidar a pesar de la pandemia

E. Herrera – MF – CP - KERALTY

7.20 – 7. 25 Un Enfoque Centrado en las Personas en época de pandemia

N. Yomayusa - ASOCOLNEF- KERALTY

7.25 – 7.35 COVID 19: Panorama Global y sus implicaciones para Colombia

C. Álvarez - ACIN

7.35 – 7.45 Identifique: Como diagnosticar?

O. Gómez - IGEC

7.45 – 7.55 Aislé e informe

A. Castillo - SOCMEF

7.55 – 8:05 Triage y Enfoque Inicial en Urgencias

A. Lineros - L. Horlandy - ACEM

8.05 – 8:25 Evaluación Clínica integral: un enfoque holístico y multidisciplinario

H. Cardenas, G. Sarmiento, M. Rodríguez. ACMI, ACCP, ACGG - ASOCUPAC

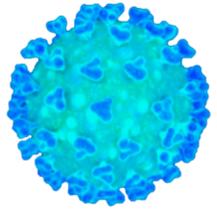
8.25 -8.35 Pruebas Diagnosticas COVID 19 – J. Vargas - KERALTY

8.35 – 8.50 Los desafíos del tratamiento: desde la evaluación de riesgo hasta el bienestar y la calidad de vida.

J Moreno, E Yama, MV Mera - SCCC, ASOCOLNEF, ACCP

8.50 – 9.15 Preguntas





# Decálogo **COVID 19**

**Dr. Mauricio Herrera – FIMMF**

Fundacion Internacional de Medicina Materno Fetal

Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento  
COVID 19

Abril - 2020



# COVID 19 – Decálogo



Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento  
COVID 19

Abril - 2020



# COVID 19 – Decálogo

Adulto

Adulto Mayor

Embarazada

Niño

Neonato

RN

Enfoque Integral

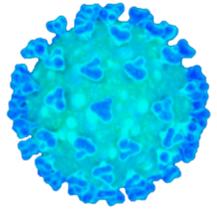
Manejo Integral



# COVID 19 – Decálogo

1. Identifique: Criterios Clínicos y de Vigilancia Epidemiología
2. Aislé y Reporte
3. Evalúe integralmente desde el Triage y defina ruta de atención
4. Evalúe el riesgo.
5. Evalúe Clínicamente: Enfoque holístico y multidisciplinar
6. Solicite Paraclínicos y define el sitio de manejo
7. Establezca la gravedad
8. Solicite e interprete las pruebas de confirmación de caso
9. Defina tratamiento: Desde la evaluación del riesgo hasta el bienestar y la calidad de vida.
10. Identifique complicaciones. Establezca criterios de alta.





# El Arte de Cuidar a pesar de la Pandemia

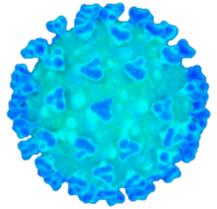
**Dr. Emilio Herrera**

Medicina Familiar – Cuidados Paliativos

Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento  
COVID 19

Abril - 2020





# Un Enfoque Centrado en las Personas en época de pandemia

Dra. Nancy Yomayusa -  
**ASOCOLNEF**  
Asociación Colombiana de Nefrología

Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento  
COVID 19

Abril - 2020



# EL POR QUÉ DE UNA RED GLOBAL DE CONOCIMIENTO

**CONFIANZA**



**COMPASIÓN**



**SOLIDARIDAD**



**TRABAJO EN  
EQUIPO**

# Trascender en medio de una pandemia

- INERCIA
- FRAGMENTACIÓN
- INDIVIDUALISMO
- DESARTICULACIÓN
- MODELO BIOMEDICO  
**CENTRADO EN LA ENFERMEDAD** Y EN LOS PROCESOS



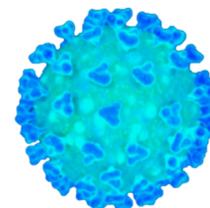
- PENSAMIENTO CRITICO
- INTEGRACIÓN
- MULTIDISCIPLINARIDAD
- COORDINACIÓN
- MODELO **INTERGRAL**  
**CENTRADO EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS**



## ***ASUMIMOS EL CUIDADO CENTRADO EN LAS PERSONAS***

**como la forma de entender, planificar y practicar el cuidado en salud, que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los equipos de salud, las familias y las comunidades como beneficiarios de los servicios de salud, los cuales deben inspirar confianza, organizarse en función de las necesidades integrales de la persona, y respetar las preferencias, valores y los resultados clínicos deseados.**





# COVID 19: Panorama global y su impacto en Colombia



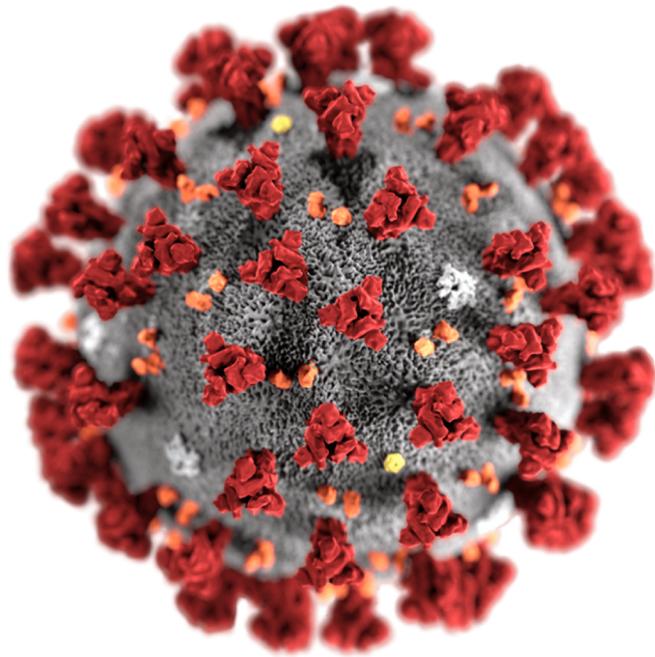
**Dr. Carlos Alvarez - ACIN**  
Asociación Colombiana de Infectología

Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento  
COVID 19

Abril - 2020



Instituto Global de  
Excedencia Clínica



## **COVID-19**

### **Estado actual**

**Carlos Arturo Alvarez-Moreno. MD. Esp. Infectologo**  
**MSc Epidemiología Clínica**  
**PhD. Ciencias Biológicas**  
**VP Salud Clínica Colsanitas**

Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento  
COVID 19

Abril - 2020



1

The screenshot shows the official website of the Wuhan Municipal Health Commission. The header includes the organization's name in Chinese and English, along with weather and navigation information. The main content is a press release titled "武汉市卫健委关于当前我市肺炎疫情的情况通报" (Wuhan Municipal Health Commission's Report on the Current Situation of the COVID-19 Epidemic in Our City). The text details the discovery of multiple cases linked to the Hubei region, the commission's response, and the current status of investigations and treatments. It also provides information on the symptoms and prevention of COVID-19.

**武汉市卫生健康委员会**  
Wuhan Municipal Health Commission

北京 [更新城市] 今天 4°C~14°C 明天 7°C~17°C 空气质量: 良

首页 新闻中心 政务公开 办事服务 交流互动 专题专栏 请输入搜索内容

当前位置: 首页 >> 新闻中心 >> 公示公告

### 武汉市卫健委关于当前我市肺炎疫情的情况通报

发布机构: 武汉市卫生健康委员会 | 发布时间: 2019-12-31 13:38:05 | 点击数: 398401 | 字号: 大 中 小

近期部分医疗机构发现接诊的多例肺炎病例与华南海鲜城有关联,市卫健委接到报告后,立即在全市医疗卫生机构开展与华南海鲜城有关联的病例搜索和回顾性调查,目前已发现27例病例,其中7例病情严重,其余病例病情稳定可控,有2例病情好转拟于近期出院,病例临床表现主要为发热,少数病人呼吸困难,胸片呈双肺浸润性病灶,目前,所有病例均已隔离治疗,密切接触者的追踪调查和医学观察正在进行中,对华南海鲜城的卫生学调查和环境卫生处置正在进行中。

武汉市组织同济医院、省疾控中心、中科院武汉病毒所、武汉市传染病医院及武汉市疾控中心等单位的临床医学、流行病学、病毒学专家进行会诊,专家从病情、治疗转归、流行病学调查、实验室初步检测等方面情况分析认为上述病例系病毒性肺炎,到目前为止调查未发现明显人传人现象,未发现医务人员感染,目前对病原的检测及感染原因的调查正在进行中。

病毒性肺炎多见于冬春季,可散发或暴发流行,临床主要表现为发热、浑身酸痛、少部分有呼吸困难,肺部浸润影。病毒性肺炎与病毒的毒力、感染途径以及宿主的年龄、免疫状态有关,引起病毒性肺炎的病毒以流行性感冒病毒为常见,其他为副流感病毒、巨细胞病毒、腺病毒、鼻病毒、冠状病毒等,确诊则有赖于病原学检查,包括病毒分离、血清学检查以及病毒抗原及核酸检测。该病可防可控,预防上保持室内空气流通,避免到封闭、空气不流通的公众场合和人多集中地方,外出可佩戴口罩,临床以对症治疗为主,卧床休息,如有上述症状,特别是持续发热不退,要及时到医疗机构就诊。

2019年12月31日

打印 关闭



# 1er anuncio:

The screenshot shows a Google Translate interface. At the top, there are tabs for 'Texto' and 'Documentos'. Below that, there are language selection menus. The source language is set to 'ESPAÑOL' and the target language is 'CHINO'. The text on the left is the original Spanish article, and the text on the right is the Chinese translation. The article discusses the discovery of multiple pneumonia cases in Wuhan, China, and the subsequent investigation and treatment efforts.

DETECTAR IDIOMA CHINO INGLÉS FRANCÉS

ESPañOL INGLÉS FRANCÉS

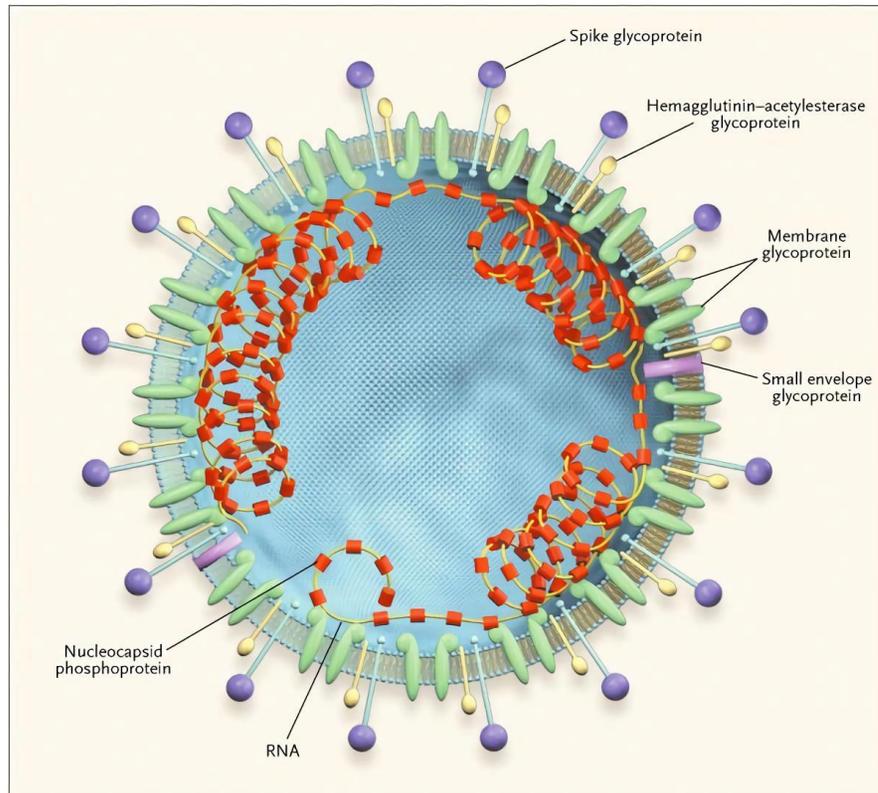
近期部分医疗机构发现接诊的多例肺炎病例与华南海鲜城有关联，市卫生健康委接到报告后，立即在全市医疗卫生机构开展与华南海鲜城有关联的病例搜索和回顾性调查，目前已发现27例病例，其中7例病情严重，其余病例病情稳定可控，有2例病情好转拟于近期出院。病例临床表现主要为发热，少数病人呼吸困难，胸片呈双肺浸润性病灶。目前，所有病例均已隔离治疗，密切接触者的追踪调查和医学观察正在进行中，对华南海鲜城的卫生学调查和环境卫生处置正在进行中。

武汉市组织同济医院、省疾控中心、中科院武汉病毒所、武汉市传染病医院及武汉市疾控中心等单位的临床医学、流行病学、病毒学专家进行会诊，专家从病情、治疗转归、流行病学调查、实验室初步检测等方面情况分析认为上述病例系病毒性肺炎。到目前为止调查未发现明显人传人现象，未发现医务人员感染。目前对病原的检测及感染原因的调查正在进行中。

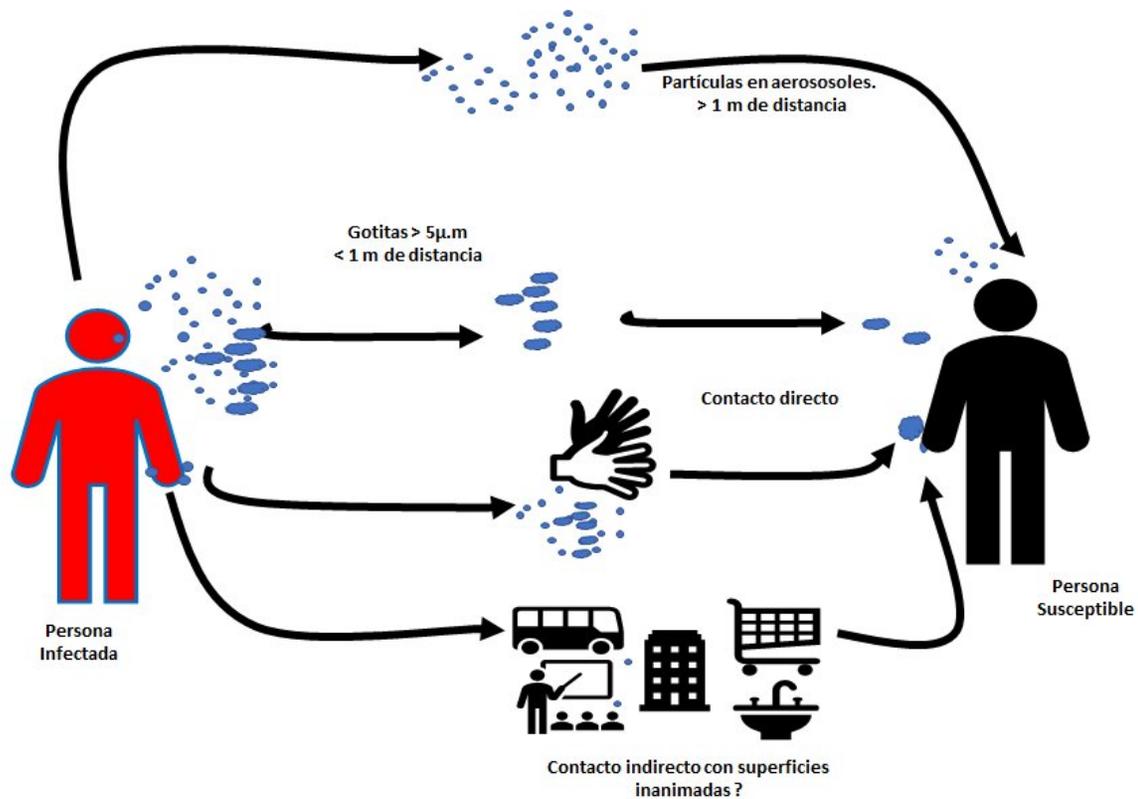
病毒性肺炎多见于冬春季，可散发或暴发流行，临床主要表现为发热、浑身酸痛、少部分有呼吸困难，肺部浸润影。病毒性肺炎与病毒的毒力、感染途径以及宿主的年龄、免疫状态有关。引起病毒性肺炎的病毒以流行性感冒病毒为常见，其他为副流感病毒、巨细胞病毒、腺病毒、鼻病毒、冠状病毒等。确诊则有赖于病原学检查，包括病毒分离、血清学检查以及病毒抗原及核酸检测。该病可防可控，预防上保持室内空气流通，避免到封闭、空气不流通的公众场合和人多集中地方，外出可佩戴口罩。临床以对症治疗为主，需卧床休息。如有上述症状，特别是持

Recientemente, algunas instituciones médicas encontraron que muchos de los casos de neumonía recibidos estaban relacionados con South China Seafood City. Después de recibir el informe, la Comisión Municipal de Salud y Salud lanzó inmediatamente una búsqueda de casos e investigación retrospectiva relacionada con South China Seafood City en las instituciones médicas y de salud de la ciudad. Se han encontrado veintisiete casos, de los cuales 7 están en estado grave, y los casos restantes son estables y controlables. Se espera que dos pacientes sean dados de alta en el futuro cercano. Las manifestaciones clínicas de los casos fueron principalmente fiebre, algunos pacientes tenían dificultad para respirar y las radiografías de tórax mostraron lesiones infiltrativas pulmonares bilaterales. En la actualidad, se han aislado todos los casos para tratamiento, se están llevando a cabo investigaciones de seguimiento y observaciones médicas de contactos cercanos, y se están llevando a cabo investigaciones de higiene y disposiciones de saneamiento ambiental para el sur de China Seafood City.

Wuhan organizó consultas con expertos clínicos médicos, epidemiológicos y virológicos del Hospital Tongji, CDC Provincial, Instituto de Virología de Wuhan, Academia de Ciencias de China, Hospital de Enfermedades Infecciosas de Wuhan y CDC de Wuhan. Según el análisis de las investigaciones epidemiológicas y las



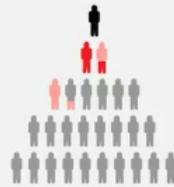
# ¿Cómo se transmite?



# Tasa de transmisión ( $R_0$ )

## How contagious is a disease?

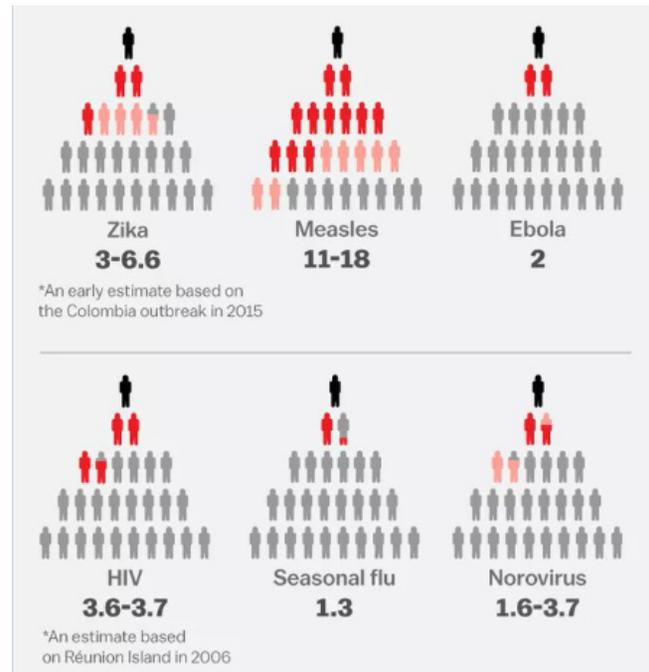
Scientists use "R naught," or  $R_0$ , to estimate how many other people one sick person is likely to infect



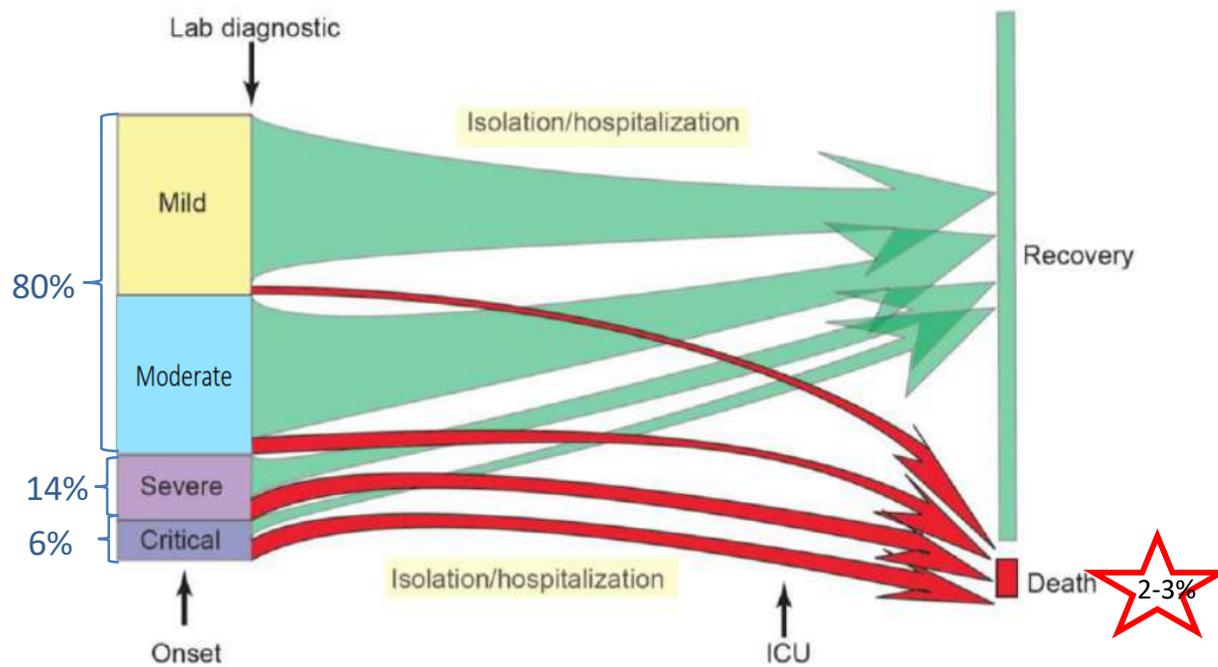
2019-nCoV  
**1.4-3.3**

\*This estimate is preliminary and likely to change

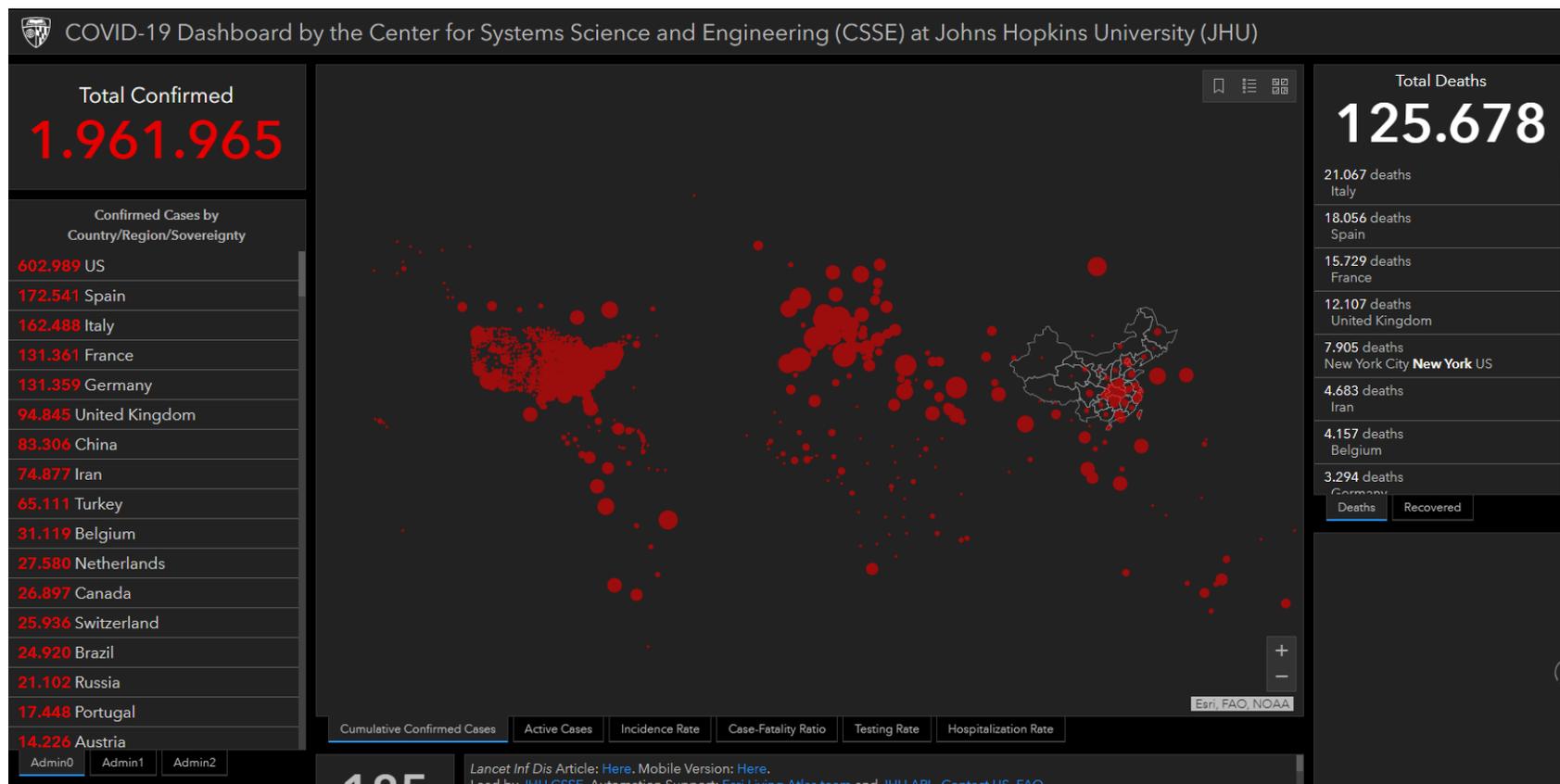
SOURCES: Travel Medicine, PLOS One, JAMA Pediatrics, MDPI, NCBI, New England Journal of Medicine, "The Spread and Control of Norovirus Outbreaks Among Hospitals in a Region"



# Lo que tenemos hasta ahora. Experiencia China



## Los números al día de hoy (14/04/2020)



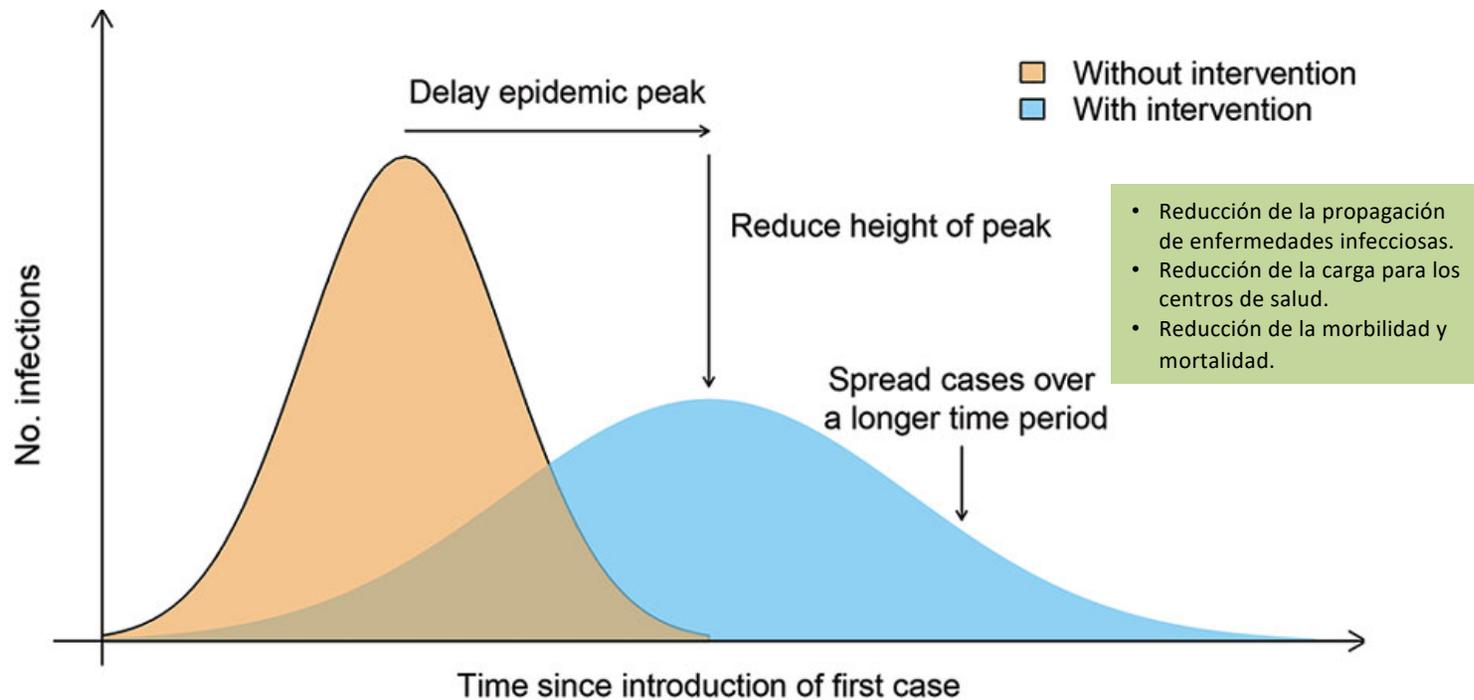
<https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento  
COVID 19

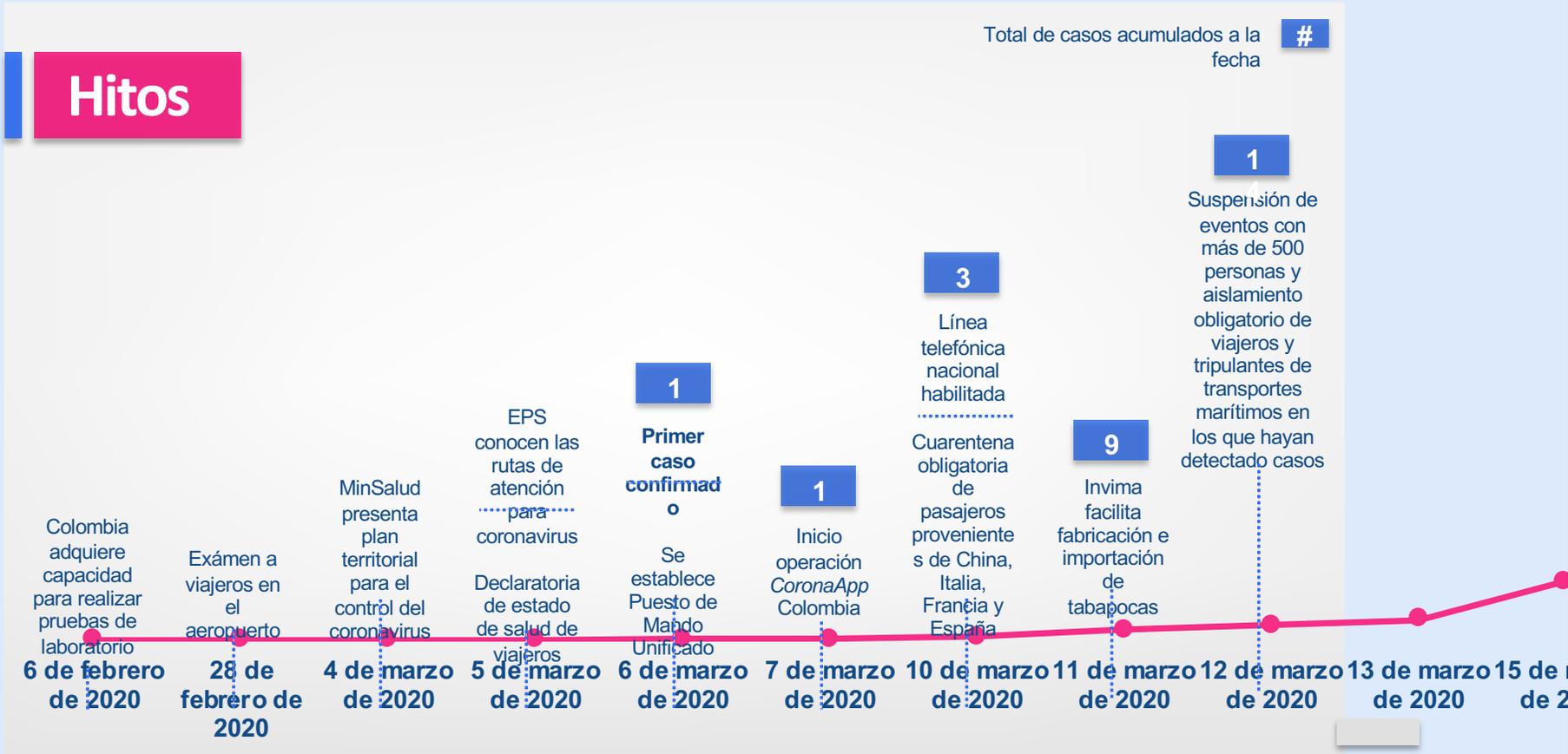
Abril - 2020



## Medidas no farmacéuticas para la influenza pandémica en entornos no sanitarios



# Hitos



# Hitos

Total de casos acumulados a la fecha #



# Los números al día de hoy (14/04/2020)

## Módulo Nacional

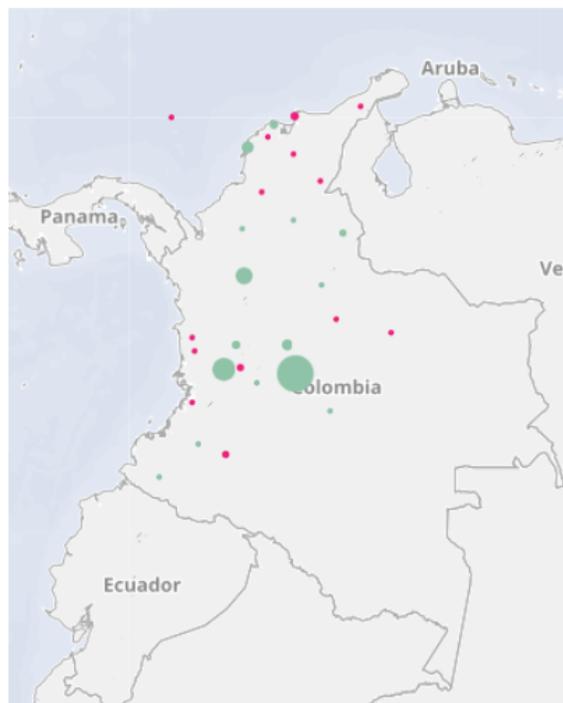
### Colombia



### Global



### Países con circulación activa



Leaflet | Map data by OpenStreetMap, under ODbL

\*Para las ciudades que son distritos (Cartagena, Bogotá, Santa Marta, Buenaventura y Barranquilla), sus cifras son independientes a las cifras del departamento al cual pertenecen, en concordancia con la división oficial de Colombia.

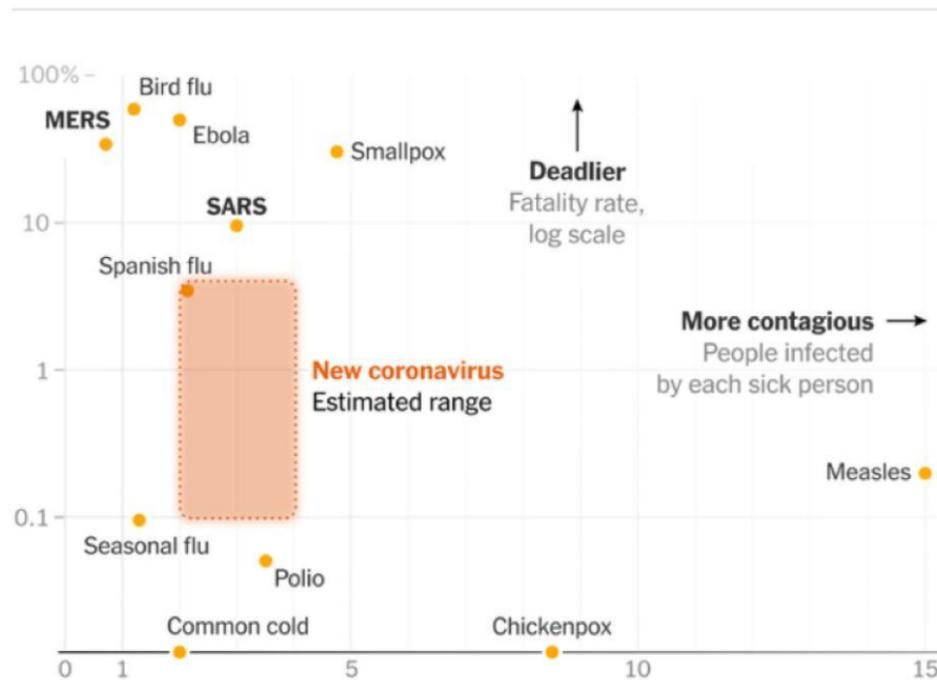
[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)

Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento  
COVID 19

Abril - 2020

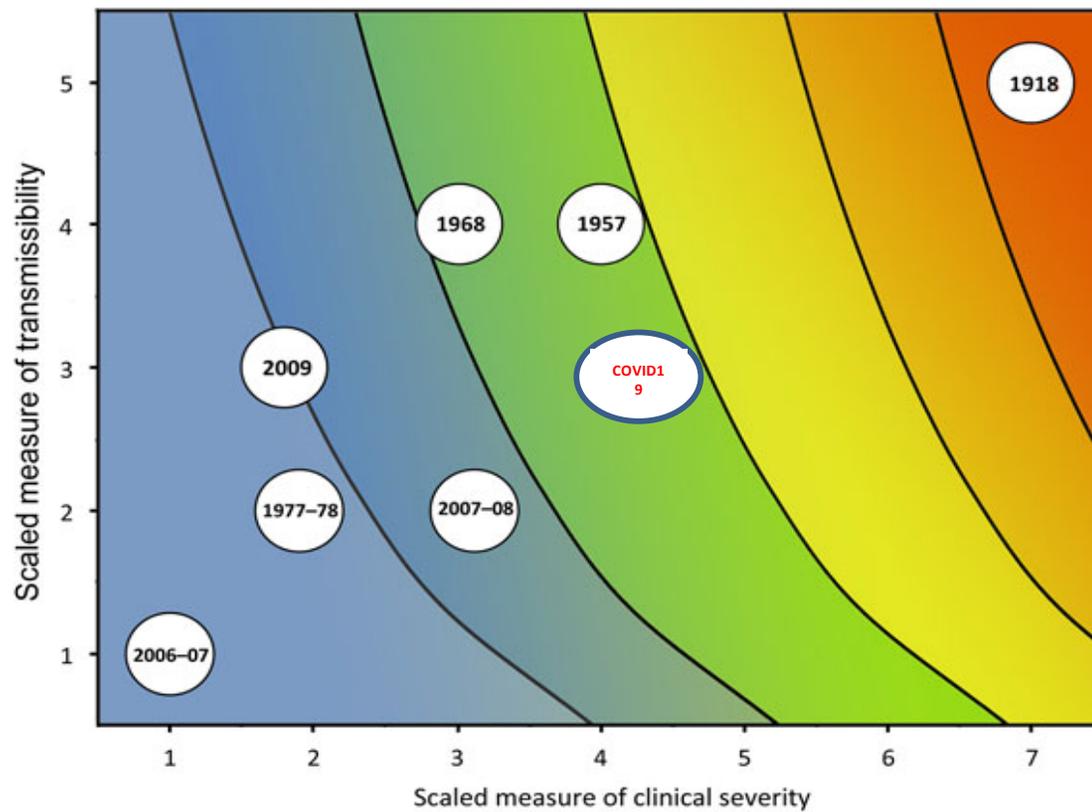


# Debemos preocuparnos?



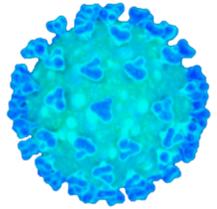
@NYT





[wwwnc.cdc.gov/EID/article/19/01/12-0124-F1.htm](http://wwwnc.cdc.gov/EID/article/19/01/12-0124-F1.htm)





# 01. Identifique: criterios diagnósticos y de vigilancia epidemiológica

Dra. Olga Gomez – IGEC

Instituto Global de Exelencia Clinica



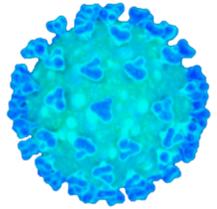
## Paso 1: Identifique

DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASO PROBABLE COVID-19		
CASO	CRITERIO CLÍNICO	CRITERIO EPIDEMIOLÓGICO
<b>Criterios de caso 1 IRA GRAVE</b>	Paciente con tos y fiebre, con cuadro de <b>Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG</b> que desarrolla un curso clínico inusual o inesperado, especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado, que requiera internación	a. Historial de <b>viaje internacional</b> en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas b. Trabajador de la salud u otro personal que haya tenido <b>contacto estrecho*</b> con <b>CASO CONFIRMADO o PROBABLE</b> para enfermedad por nuevo coronavirus (COVID-19)
<b>Criterios caso 2 IRA LEVE</b>	Paciente con IRA que no requiere hospitalización y presenta alguno de los siguientes síntomas más frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> <li>• Tos</li> <li>• Dificultad respiratoria</li> <li>• Dolor de garganta</li> <li>• Fatiga</li> </ul>	c. Antecedentes de <b>contacto estrecho*</b> en los últimos 14 días con un <b>CASO CONFIRMADO</b> con infección respiratoria aguda grave asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19)  <b>CONTACTO ESTRECHO: Cualquier persona, con exposición no protegida, en un espacio menor a dos metros y por más de 15 minutos</b>
<b>Criterios caso 3 IRA GRAVE SIN NEXO</b>	Persona con IRA (con fiebre y tos) no mayor a 10 días de evolución, que requiera manejo intrahospitalario	Independiente de historia de viaje o contacto con casos COVID-19
<b>Criterios caso 4 MUERTE</b>	Todas las muertes por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida	Independiente de historia de viaje o contacto con casos COVID-19
<b>Criterios caso 5 ASINTOMÁTICO</b>	ASINTOMÁTICO	Contacto estrecho de caso <b>confirmado COVID-19</b> que no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la última exposición no protegida.
<p>Tomado de LINEAMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE CASOS POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, FRENTE A LA INTRODUCCIÓN DEL SARS-CoV-2 A COLOMBIA (Marzo 19/20) + INSTRUCTIVO PARA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA INTENSIFICADA DE IRA ASOCIADA AL NUEVO CORONAVIRUS (Abril 4/20)</p> <p><b>Los criterios de definición de caso pueden cambiar según el comportamiento epidemiológico del evento y consideraciones de cada país.</b></p>		

### RECOMENDACIÓN DE BUENA PRACTICA EN ADOLESCENTE Y ADULTO MAYOR

1. Fiebre: temperatura axilar única mayor de 37,8°C o >2 temperaturas axilares mayores de 37,2°C. o aumento de temperatura sobre 1,2°C del basal.
2. Evaluar presencia de síndrome geriátrico principalmente delirium.





## 02. Aisle e Informe

**Dra. Ana Castillo – SOCMEF**  
Sociedad Colombiana de Medicina Familiar



## Paso 2: **Aísle e informe**

Paciente



Higiene de manos



Mascarilla convencional

Aislamiento  
Visitas restringidas

Familiar/  
Acompañante



Higiene de manos



Mascarilla convencional



Guantes



Bata

## Paso 2: Aísle e informe

Equipo de salud  
con contacto  
directo.  
Procedimientos  
SIN generar  
aerosoles



Higiene  
de manos



Mascarilla  
quirúrgica



Guantes



Bata  
antifluidos



Protector  
ocular  
o facial



Gorro  
Opcional

Equipo de salud  
con contacto  
directo.  
Procedimientos  
CON generación  
de aerosoles



Higiene  
de manos



Respirador  
N95



Guantes



Bata  
antifluidos



Protector  
ocular  
o facial

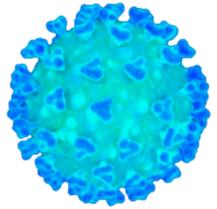


Gorro  
Opcional

## Cuadro de acciones según definición de caso

	Criterio Epidemiológico	Criterio Clínico	Acciones			
			Hospitalizar	Aislamiento Domiciliario	Prueba COVID	Reporte
Caso 1 "GRAVE"	+	+				Ficha 348
Caso 2 "LEVE"	+	+	Considerar Riesgos			Ficha 346
Caso 3 "GRAVE SIN NEXO"	-	+				Ficha 345
Caso 4 "MUERTE"	-	+				Ficha 348
Caso 5 "ASINTOMÁTICO"	+	-			 7 días post-exposición	Ficha 346





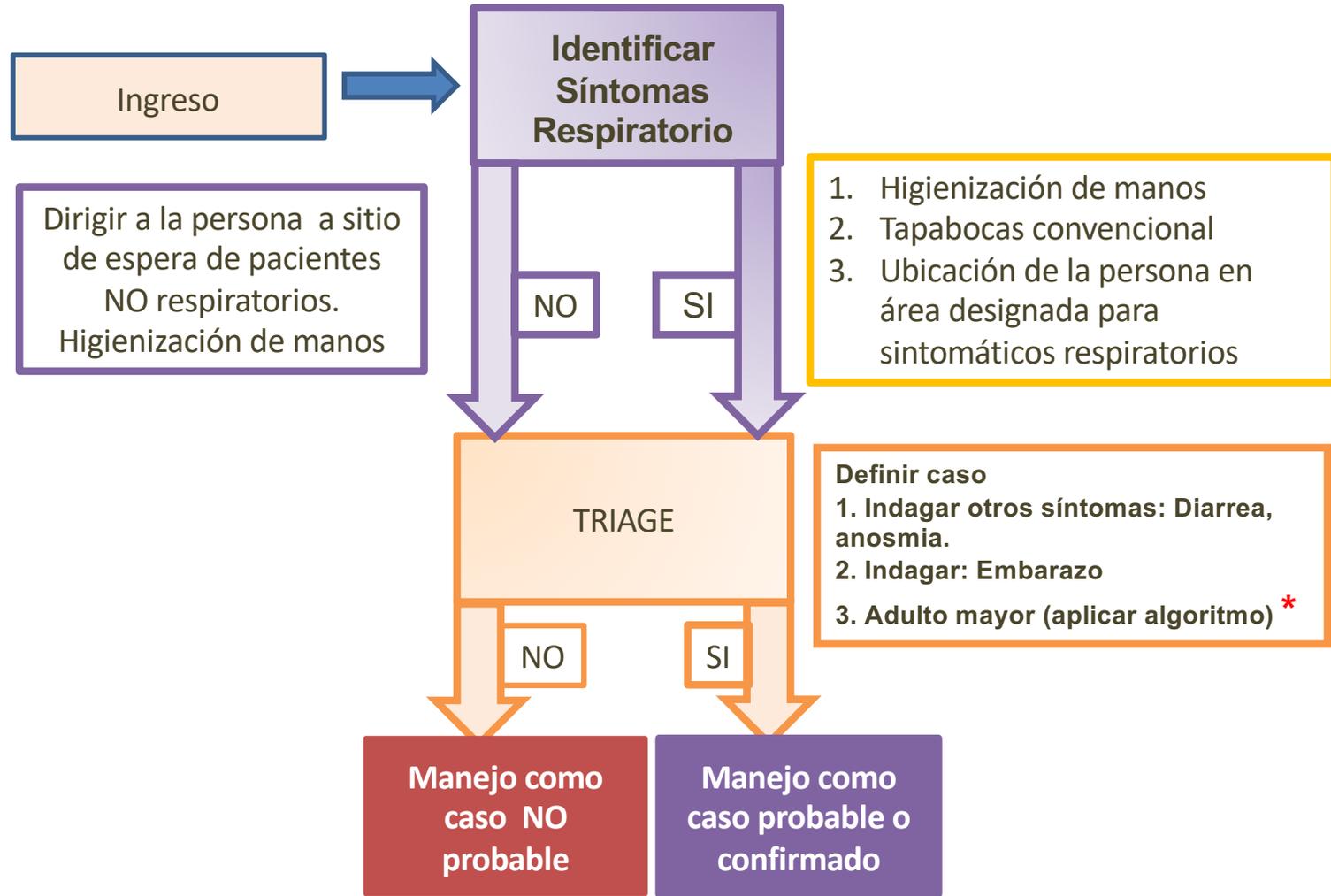
03. Evalué integralmente desde el Triage y defina ruta de atención
04. Evalúe el riesgo

**Dr. Alberto Lineros y Dra. Laura Horlandy – ACEM**

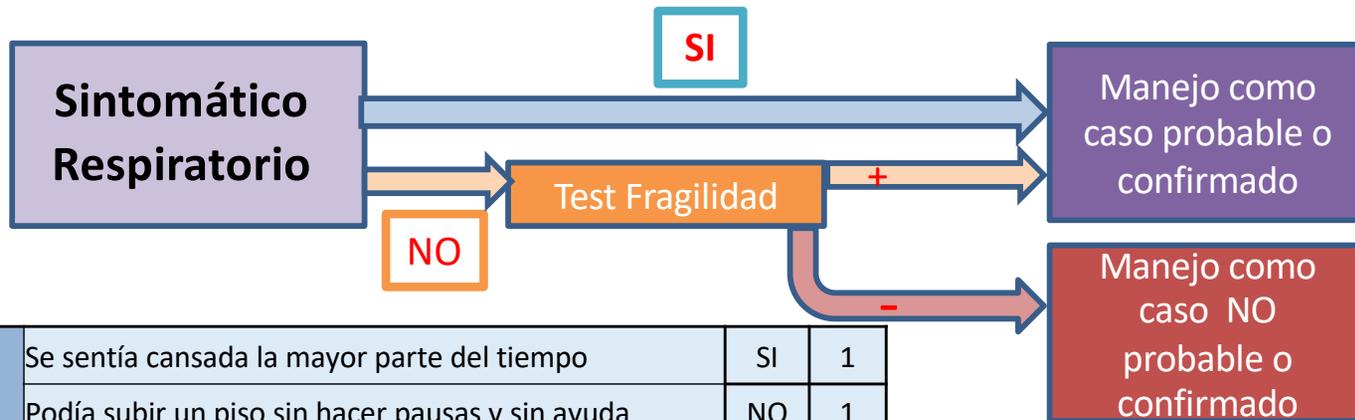
Asociación Colombiana de Especialistas en Medicina de Urgencias y Emergencias



**URGENCIAS  
TRIAGE**



\* **Adulto >60 años**



<b>ANTES DE ESTAR ENFERMO LA PERSONA</b>	Se sentía cansada la mayor parte del tiempo	SI	1		
	Podía subir un piso sin hacer pausas y sin ayuda	NO	1		
	Podía caminar una cuadra sin pausas y sin ayuda	NO	1		
<b>HA PERDIDO PESO EN EL ÚLTIMO AÑO</b>		SI	1		
<b>TIENE 5 O MÁS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES</b>		SI	1		
HTA	IAM			ICC	ANGINA
ASMA	EPOC			CANCER	DIABETES
ARTRITIS	ACV			ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	
<b>CON 3 O MAS PUNTOS SE CONSIDERA FRÁGIL</b>					

**Nota: Se considera que el adulto mayor clasificado como frágil presenta manifestaciones inespecíficas o clínica inusual**



# Evalué el Riesgo

## → Según factores de riesgo

- Tener 60 o más años.
- Diabetes
- Enfermedad cardiovascular (incluye HTA y ACV)
- Enfermedades respiratorias crónicas
- VIH u otra inmunodeficiencia
- Cáncer
- Uso de corticoides o inmunosupresores
- Fumadores
- Enfermedad Renal Crónica
- Enfermedades autoinmunes
- Hipotiroidismo
- EPOC y asma
- Mal nutrición (obesidad y desnutrición)

## → Evalúe e interprete con escalas de riesgo

**CURB65**

**NEWS**

**SOFA**

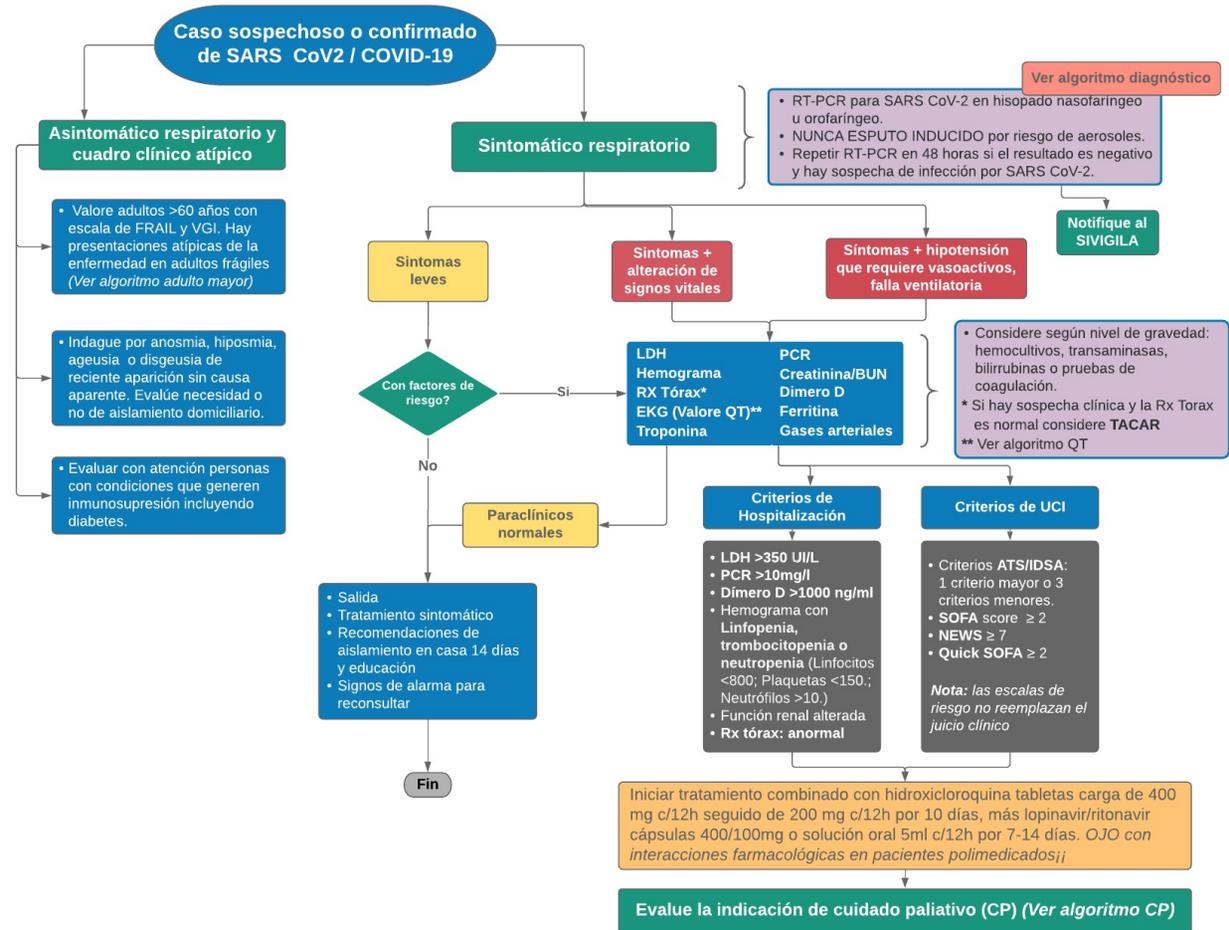
**QUICK SOFA**

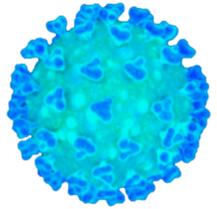
**ATS/IDSA**

**FRAIL y VGI**



# Solicite paraclínicos y determine lugar de manejo





## 04. Evalúe el riesgo

H. Cardenas – G. Sarmiento – Martha Rodriguez –  
ACMI – ACCP – SCGG - ASOCUPAC



CURB 65	CRB 65	Factores clínicos*
<b>C</b>	<b>C</b>	Confusión mental
<b>U</b>		BUN $\geq$ 20mg/dl
<b>R</b>	<b>R</b>	F.Respiratoria $\geq$ 30 rpm
<b>B</b>	<b>B</b>	Presión arterial baja PAS <90mmHg o PAD <60mmHg
<b>65</b>	<b>65</b>	Edad $\geq$ 65 años
*Un punto por cada ítem Se recomienda ingreso hospitalario si puntuación total >1. En el ámbito extra hospitalario se emplea CRB-65		

q-SOFA	
Alteración del nivel de conciencia	Escala de Glasgow $\leq$ 13
Tensión arterial sistólica	<100 mgHg
Frecuencia respiratoria	$\geq$ 22 rpm

Criterios de ingreso en UCI ATS/IDSA: 1 mayor o 3 menores
<b>Criterios mayores</b> Necesidad de ventilación mecánica invasiva Shock con necesidad de vasopresores
<b>Criterios menores:</b> Frecuencia respiratoria >30RPM PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> <250 Infiltrados multilobares Confusión/desorientación Uremia (BUN >20mg/dl) Leucopenia <4000 cel/mm <sup>3</sup> Trombocitopenia: Plaquetas <100.000 cel/mm <sup>3</sup> Hipotermia (°t central <36.8) Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos

Escala SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment)					
Criterios	0	+1	+2	+3	+4
<b>Respiración</b> PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> (mm Hg) o SaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub>	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
<b>Coagulación</b> Plaquetas 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	>150	<150	<100	<50	<20
<b>Hígado</b> Bilirrubina (mg/dL)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
<b>Cardiovascular</b> Tensión arterial	PAM $\geq$ 70 mmHg	PAM <70 mmHg	Dopamina a <5 o Dobutamina a cualquier dosis	Dopamina a dosis de 5,1-15 o Adrenalina a $\leq$ 0,1 o Noradrenalina a $\leq$ 0,1	Dopamina a dosis de >15 o Adrenalina > 0,1 o Noradrenalina a > 0,1
<b>Sistema Nervioso Central</b> Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
<b>Renal</b> Creatinina (mg/dL) o Flujo urinario (mL/d)	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

Score de predicción de peligro para pacientes con COVID-2019. NEWS							
Parámetros	3	2	1	0	1	2	3
<b>Edad</b>				<65			>65
<b>Frecuencia respiratoria</b>	<8		9 - 11				> 25
<b>Saturación de oxígeno</b>	< 91	92 -- 93	94 - 95	>96			
<b>Cualquier suplencia de oxígeno</b>		Sí		No			
<b>Presión arterial sistólica</b>	<90	91 - 100	101- 100	111 - 219			> 220
<b>Frecuencia cardíaca</b>	< 40		41 - 50	51 - 90	91-110	111-130	> 131
<b>Estado de conciencia</b>				Alerta			Letargia, coma o confusión
<b>Temperatura</b>	< 35.0		35.1 - 36	36.1 - 38	38 - 39	> 39	

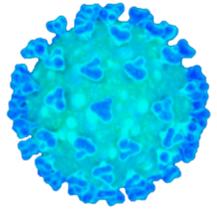




En adulto mayor considere según fenotipo y VGI rápida:

<b>FENOTIPO</b>	<b>VGI RAPIDA</b>	<b>POSIBILIDAD DE EVOLUCION NO FAVORABLE</b>	<b>CONDUCTA</b>	<b>VALORACION POR CUIDADO PALITIVO</b>	<b>VALORACION EN PISO POR GERIATRIA</b>
<b>NO FRAGIL</b>	0	No	Desarrollo del protocolo adulto establecido	NO	NO
<b>PREFRAGIL</b>	0	No a menos que tenga patologías crónicas de riesgo en COVID 19	Desarrollo del protocolo adulto establecido	NO	NO
<b>PREFRAGIL</b>	>=1	Posible	Adecuación del esfuerzo terapéutico y evaluar caso seleccionado , valoración por grupo de adulto mayor	NO	SEGÚN CASO
<b>FRAGIL</b>	0	Posible - debe evaluar casos seleccionado	Adecuación del esfuerzo terapéutico, valoración por grupo de adulto mayor	SEGÚN CASO	SI
<b>FRAGIL</b>	>=1	Si	Adecuación del esfuerzo terapeutico, valoración por grupo de adulto mayor	SI	SI



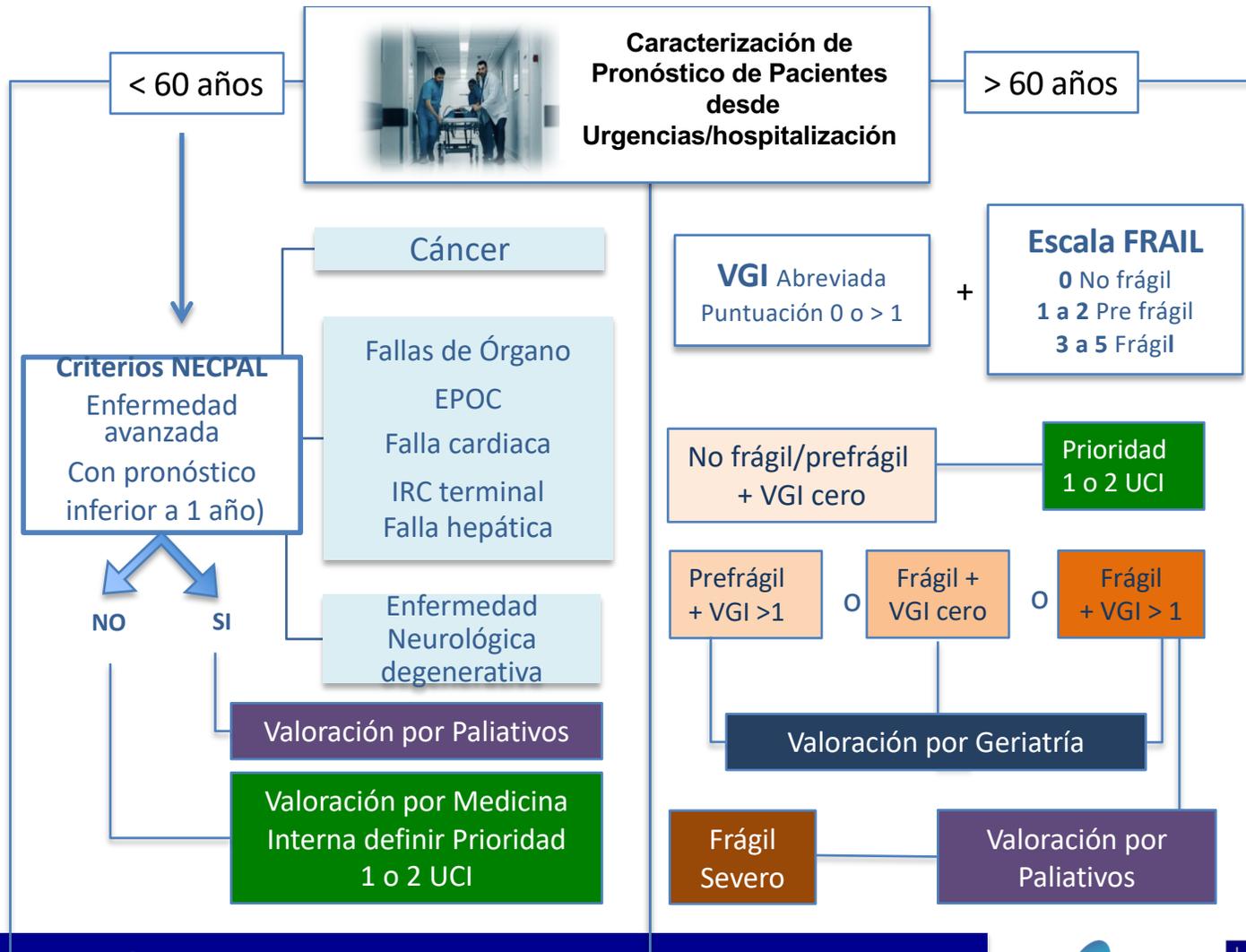


## 05. Evaluación Clínica: un enfoque holístico y multidisciplinario

H. Cardenas – G. Sarmiento – Martha Rodriguez –  
ACMI – ACCP – SCGG - ASOCUPAC

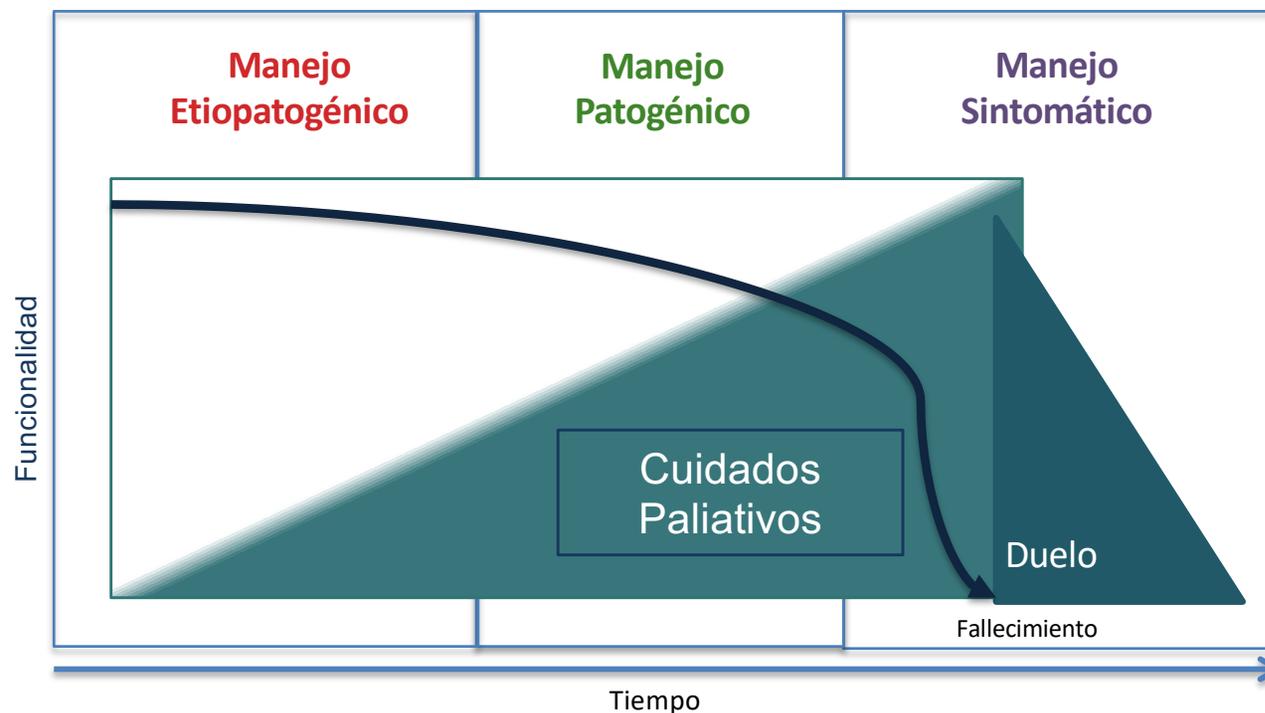


# Algoritmo Caracterización temprana de pacientes de alto riesgo



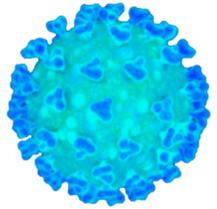
## PASO 5: Evaluación Clínica: un enfoque holístico y multidisciplinario

### Trayectoria de la enfermedad Crónica Evolutiva



Atención centrada en la persona - Alivio y confort – mitigar el sufrimiento





06. Solicite paraclínicos y defina el sitio de manejo

07. Establezca la gravedad

H. Cardenas – G. Sarmiento – Martha Rodriguez –  
ACMI – ACCP – SCGG - ASOCUPAC

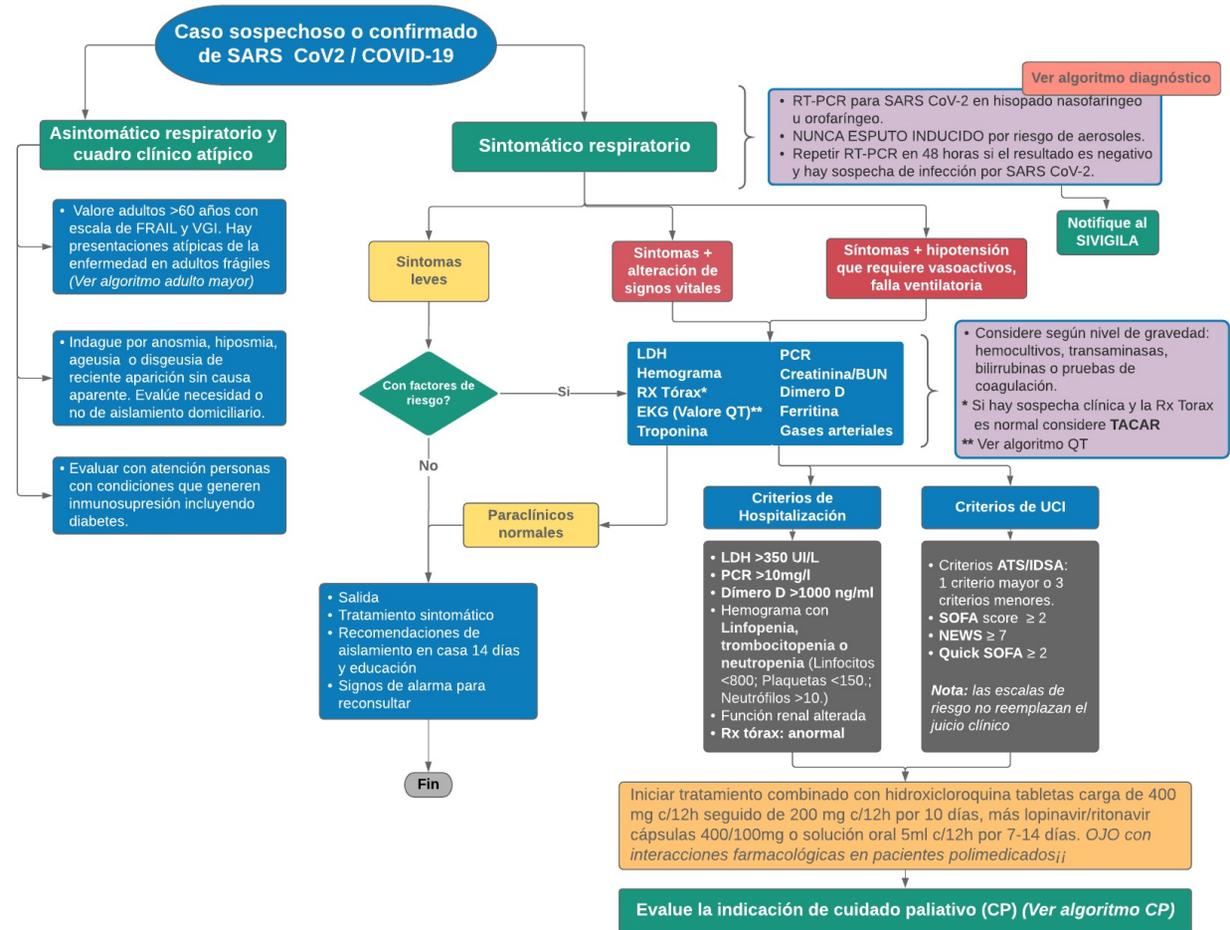


# Solicite paraclínicos y determine lugar de manejo

## ERC terminal:

1. Se puede ofrecer y continuar tratamiento sustitutivo.
2. Evaluación junto con el medico tratante o el nefrólogo.
3. Tener en cuenta si los pacientes son candidatos o están vinculados en listas de espera de trasplante.
4. En adultos mayores considere el enfoque de criterios de nefrogeriatria.
5. Utilice el score de predicción de mortalidad a 6 meses en HD

[https://www.qxmd.com/calculate/calculator\\_135](https://www.qxmd.com/calculate/calculator_135)

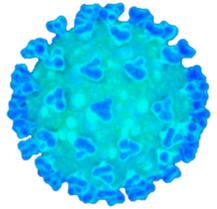


# Establezca el nivel de gravedad

**GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA**

Nivel de gravedad	Descripción
<b>Enfermedad no complicada</b>	Síntomas locales en vías respiratorias altas y puede cursar con síntomas inespecíficos como fiebre, dolor muscular o síntomas atípicos en ancianos
<b>Neumonía leve</b>	Confirmada con radiografía de tórax y sin signos de gravedad. SaO2 aire ambiente >90%. Tener en cuenta la escala CURB-65 para determinar hospitalización.
<b>Neumonía grave</b>	Sospecha de infección respiratoria, falla de 1 órgano, SaO2 aire ambiente <90% o frecuencia respiratoria > 30 resp/min.
<b>Síndrome de dificultad respiratoria del adulto. SDRA</b>	Hallazgos clínicos, radiográficos infiltrados bilaterales + déficit de oxigenación: -Leve: PaO2/FiO2: 200- 300 mmHg. -Moderado: PaO2/FiO2: 100-200 mmHg. -Grave: PaO2/FiO2 < 100 mmHg. Si PaO2 no disponible SaO2/FiO2 <315
<b>Sepsis</b>	Definida como disfunción orgánica y que puede ser identificada como un cambio agudo en la escala SOFA >2 puntos. Quick SOFA (qSOFA) con 2 de las siguientes 3 variables clínicas puede identificar a pacientes graves: Glasgow 13 o inferior, presión sistólica de 100 mmHg o inferior y frecuencia respiratoria de 22/min o superior. La insuficiencia orgánica puede manifestarse con las siguientes alteraciones: Estado confusional agudo, Insuficiencia respiratoria, Reducción en el volumen de diuresis, Taquicardia, Coagulopatía, Acidosis metabólica, Elevación del lactato.
<b>Shock séptico</b>	Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM >65 mmHg y lactato >2 mmol/L (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia.





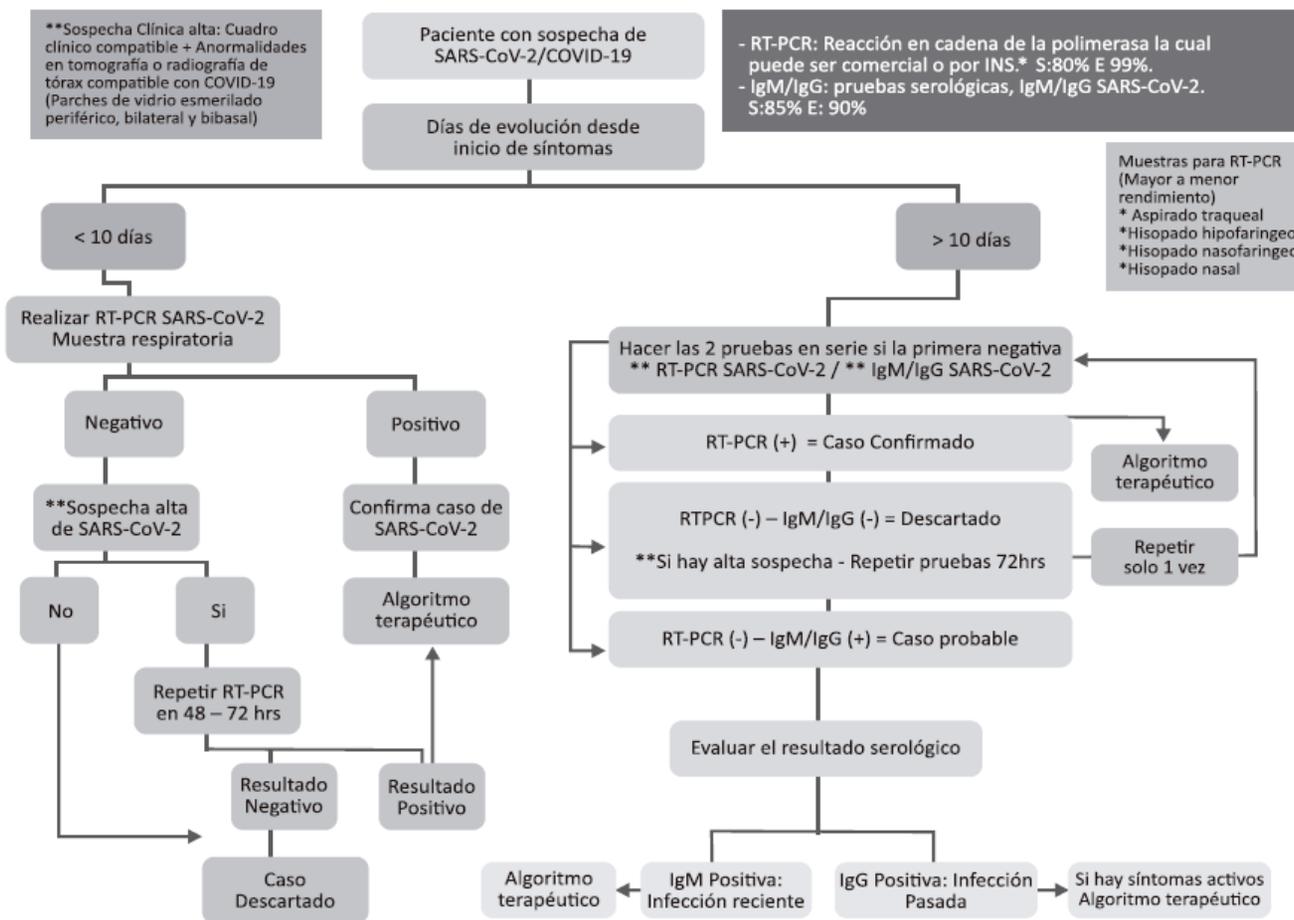
08. Solicite pruebas diagnósticas para confirmación

**Dra. Johanna Vargas– KERALTY**  
Laboratorio Clínico Clínica Colsanitas



- Detección de ácidos nucleicos (RT-PCR)
  - Detección antígenos virales
  - Detección de anticuerpos
- 
- Desempeño de la prueba depende varios factores



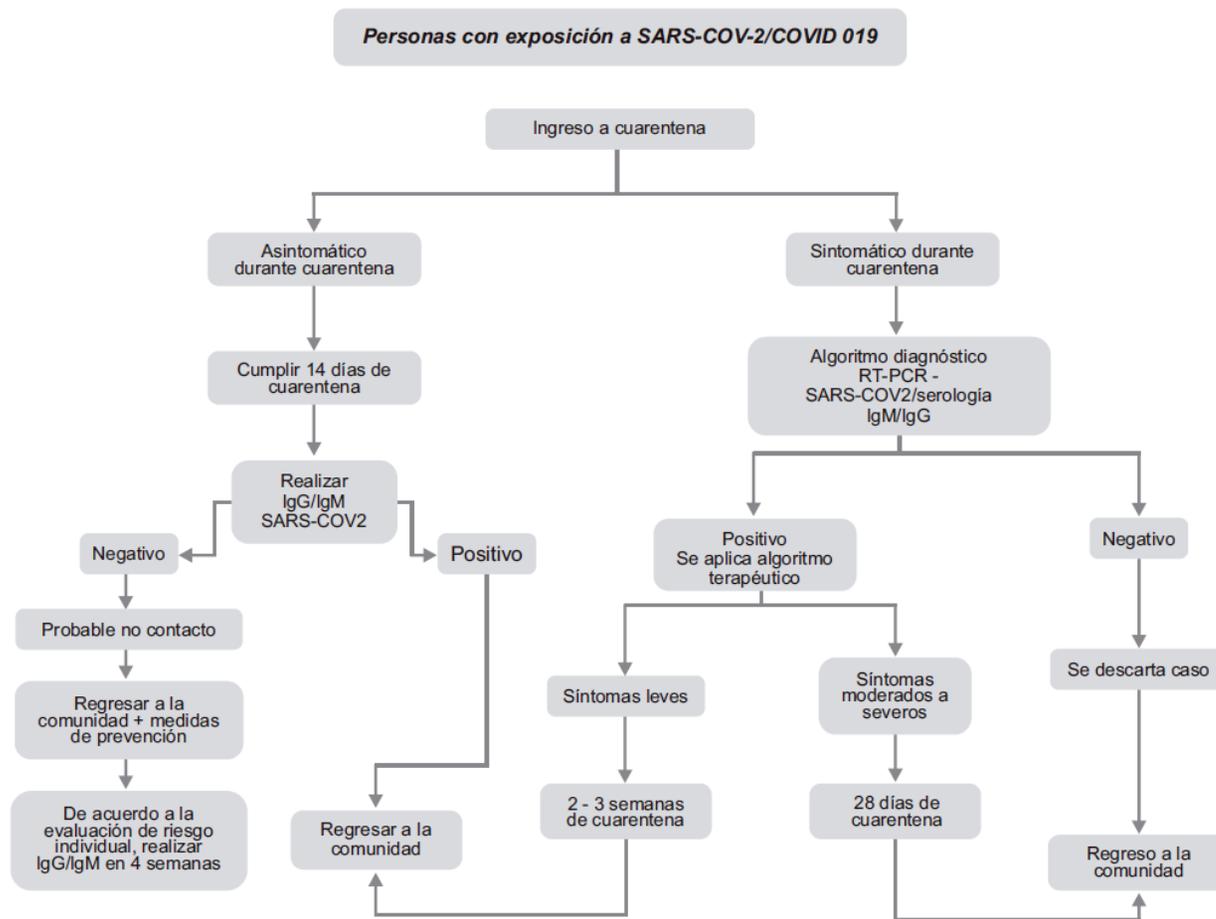


Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud

Red de Gestión y Transferencia de Conocimiento  
COVID 19

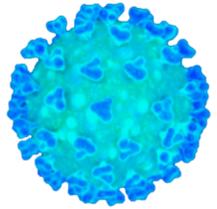
Abril - 2020





Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud





09. Defina tratamiento: Desde la evaluación del riesgo hasta el bienestar y la calidad de vida

10. Evalué criterios de alta y establezca plan de egreso

Drs. J Moreno, E Yama, MV Mera - SCC, ASOCOLNEF, ACCP



# EVALUACION DEL RIESGO DE TERAPIA

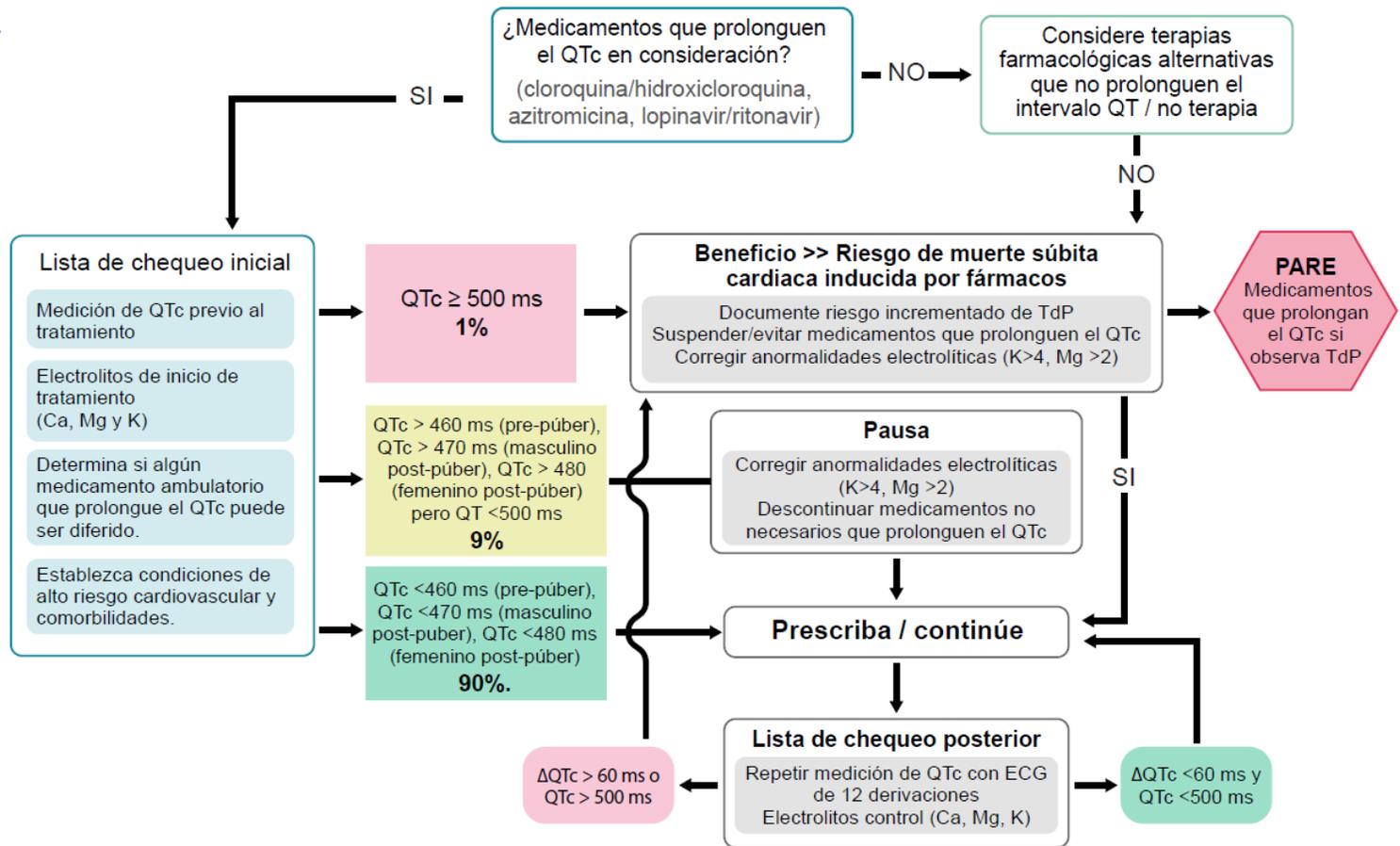
## 12 MENSAJES CLAVES

1. Tomar EKG
2. Vigilar QTc (Ajustado a QRS ancho =  $QTc - (QRS - 100 \text{ ms})$ )
3. Garantizar niveles de potasio  $\geq 4 \text{ mEq/l}$ , Magnesio  $\geq 2 \text{ mEq/l}$
4. Suspender amiodarona, quetiapina, haloperidol, amitriptilina
5. NO simvastatina ni lovastatina. Si es necesario use rosuvastatina 10 mg o atorvastatina 20 mg.
6. Retirar NOAC (Rivaroxabán, Apixabán) - pasar a enoxaparina.
7. Retirar diuréticos si no son necesarios
8. Betabloqueadores: disminuir dosis.
9. Continuar IECA – ARA II – ARNI, a menos que el paciente este en shock
10. NO utilizar propafenona
11. NO utilizar verapamilo, diltiazem, ivabradina
12. Se puede continuar espironolactona / eplerenona



# Evaluación del riesgo

## Algoritmo evaluación QTc



Tomado y adaptado de: Giudessi et al, Mayo clinic Proceeding 2020 (Online 03/25/2020)



# Inicie tratamiento farmacológico

ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS CON INFECCION SARSCoV/COVID-19		
CASO	CRITERIO CLÍNICO	TRATAMIENTO
<b>IRA LEVE</b>	Sin neumonía o factores de riesgo	<p>Se recomienda tratamiento sintomático para los pacientes con formas leves de infección por SARS CoV 2/COVID 19. Fuerte a favor</p> <p>Se recomienda que a los pacientes con infección leve por SARS CoV-2 /COVID-19 les sean indicados los signos alarma para acudir nuevamente al sistema de salud. Fuerte a favor</p>



**IRA LEVE  
CON  
FACTORES  
DE RIESGO**

**ADULTOS**

**Pacientes con neumonía leve:** Confirmada con radiografía de tórax, SaO2 aire ambiente >93% o hipoxemia leve. CURB-65 2 que requieren manejo en sala general.

**Factores de riesgo:** mayor a 60 años, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión arterial (HTA), cáncer

**Marcadores de mal pronóstico:** deshidrogenasa láctica > 350 U/L, linfopenia menor 800/cel, proteína c reactiva elevada > 10 mg/L, dímero D mayor a 1 mcg/ml, hipoxemia, EKG con QTc prolongado, Score SOFA 6

**NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Se sugiere tratamiento farmacológico en niños o adolescentes con comorbilidades y alto riesgo de complicaciones con enfermedad grave por SARS-CoV-2 /COVID-19

**Hidroxicloroquina** Tab 200mg  
Dosis Adultos Carga de 400 mg cada 12 horas, seguir 200 mg cada 12 horas

Dosis Niños: 5 mg/kg cada 24 h.

Tiempo: 10 días

o

**Cloroquina** Cap 250 mg (150 mg base)  
Dosis 300 mg base cada 12 horas por 10 días

Tiempo :10 dias

+

**Lopinavir/ritonavir** Cap 200/50mg  
Dosis: 200/50 mg 2 comp / 12 hr . 5ml c/12 hr

Tiempo 7-14 días



# IRA GRAVE

<p><b>Neumonía grave:</b> Hallazgos clínicos, infiltrados radiográficos, falla de 1 órgano, SaO2 aire ambiente 30 resp/min Síndrome de Dificultad</p>	<p><b>Hidroxicloroquina</b> Tab 200mg Dosis Adultos Carga de 400 mg cada 12 horas, seguir 200 mg cada 12 horas Dosis Niños: 5 mg/kg cada 24 h. Tiempo: 10 días</p>
<p><b>SDRA:</b> Déficit de oxigenación: Leve: 200 mmHg &lt; PaO2/FiO2 &lt; 300 mmHg. Moderado: 100 mmHg &lt; PaO2/FiO2 &lt; 200 mmHg. Grave: PaO2/FiO2 &lt; 100 mmHg. Si PaO2 no disponible SaO2/FiO2</p>	<p>o <b>Cloroquina</b> Cap 250 mg (150 mg base) Dosis 300 mg base cada 12 horas por 10 días Tiempo :10 días</p>
<p><b>Sepsis</b>  Disfunción orgánica: escala SOFA &gt;2 puntos.  Quick SOFA (qSOFA) con 2 de las siguientes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glasgow 13 o inferior</li> <li>- Presión sistólica de 100 mmHg o inferior</li> <li>- Frecuencia respiratoria de 22/min o superior.</li> </ul> <p>Insuficiencia orgánica: Estado confusional agudo: Insuficiencia respiratoria, oliguria, Taquicardia, Reducción en el volumen de diuresis, Taquicardia, Coagulopatía, Acidosis metabólica, Elevación del lactato. Shock séptico Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM &gt;65 mmHg y lactato &gt;2 mmol/L (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia.</p>	<p>+ <b>Lopinavir/ritonavir</b> Cap 200/50mg Dosis: 200/50 mg 2 comp / 12 hr . 5ml c/12 hr Tiempo 7-14 días</p> <p>RECOMENDACIONES AJUSTE DE DOSIS EN ERC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar TFG estimada CKD epi (<a href="http://www.mdrd.com">http://www.mdrd.com</a>)</li> <li>2. Ajuste medicamentos a función renal:</li> </ol> <p>Hidroxicloroquina,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No existe información ajustes TFG menor 30ml min.</li> <li>- Usar dosis usual, en diálisis administrar después de diálisis</li> </ul>
<p><b>Shock séptico</b> Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM &gt;65 mmHg y lactato &gt;2 mmol/L (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia.</p>	<p>Cloroquina En pacientes en diálisis usar 50% dosis</p> <p>Lopinavir ritonavir : dosis indicada, no requiere ajustes en función renal</p> <p>RECUERDE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protección gástrica</li> <li>- Antocoagulación terapéutica o profiláctica según criterios</li> </ul>



## Otras recomendaciones informadas en evidencia

- ✓ Evitar corticoides en fases iniciales. Valorar en casos de SDRA severo, shock séptico refractario, encefalitis, síndrome hemofagocítico y cuando exista broncoespasmo franco con sibilancias.
- ✓ Evitar la utilización de Nebulizaciones para evitar la formación de aerosoles.
- ✓ Se recomienda iniciar terapia antibiótica empírica en los pacientes con sospecha de coinfección SARS CoV-2 /COVID-19 y neumonía bacteriana leve o moderada acorde a guías nacionales o guías institucionales
- ✓ Se recomienda terapia antibiótica empírica en los pacientes con sospecha de coinfección SARS CoV-2 /COVID-19 y neumonía bacteriana grave acorde a guías nacionales o institucionales para esta enfermedad, cuando no estén disponibles pruebas diagnósticas de alta precisión (PCR múltiple)
- ✓ Cuidado con la combinación de Lopinavir/ritonavir + hidroxicloroquina o Azitromicina+Hidroxicloroquina pues alargan el QT. Se recomienda medir QT cada 48-72 horas y suspender hidroxicloroquina si QTc > 500 ms. Comprobar a las 24-48 horas la normalización.
- ✓ En este momento no existen datos que soporten la suspensión o cambio sistemático a todos los pacientes que usan de forma rutinario los IECA o ARA II y que están en tratamiento de infección respiratoria por Coronavirus COVID-19. Se recomienda en estos casos tomar la decisión de manera individualizada de acuerdo con la evaluación clínica, severidad y su estado hemodinámico. No se sugiere iniciar o suspender tratamientos con IECA o ARA, excepto como parte de las acciones basadas en la práctica clínica estándar.
- ✓ No olvide inicio de tromboprolifaxis y protección gástrica.
- ✓ Considerar anticoagulación plena en casos específicos
- ✓ Considerar Nutrición enteral temprana y cabecera de la cama elevada en todos los IRA severo



- Si tiene indicación de oxígeno con suplencia: solo si saturación de Oxígeno es menor a 85%
  - Se ajusta metas de tensión arterial sistólica 150 diastólica 90 , dar medicamentos antihipertensivos si cifras tensionales superan estas metas
  - Se ajusta metas de hemoglobina glicosilada 8.5 glucometrias 200-250
  - Medidas antidelirium orientación a la realidad, conservar ciclo sueño vigilia, evitar administración de medicamentos en la noche, permitir colocación de audífonos y gafas si los tiene
  - Evitar medicación anticolinérgica y en caso necesario disminuir dosis o aumentar intervalos de administración
  - Se recomienda en caso de agitación mayor no controlable: Haloperidol 1 mg Intravenoso por 1 vez. O según síntomas dejar cada 8 h iv pero se puede iniciar con 0,5 mg iv cada 8h. Si el paciente tolera vía oral se puede utilizar Risperidona 0,5 mg o haloperidol gotas según síntomas quetiapina 12,5 a 25 mg vía oral (este último preferir en la noche ya que causa mayor sedación).
  - Cuidados de piel realizar cambios de posición, evitar humedad, cizallamiento
- Si se hospitaliza y según evolución clínica, se recomienda intervención por:
- +Terapia física para evitar desacondicionamiento
  - +Terapia ocupacional con objetivos de estímulo cognitivo, prevención de delirium, prevención de caídas y favorecer auto asistencia



## Disnea

Manejo no farmacológico:

Incluye posición semisentado, técnicas de relajación y aumento de la ventilación

Manejo farmacológico:

Los opioides son el medicamento de elección

### Morfina:

Dosis de Inicio

Adulto mayor 0.5 mg / 4 horas con máximo 6 rescates de 0.5 mg en 24 h.

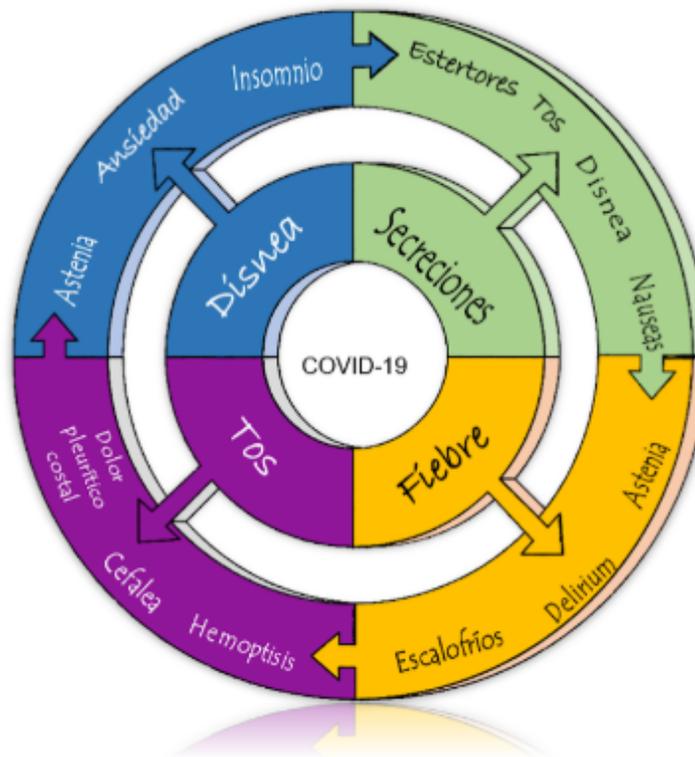
Ajuste de dosis con base en el número de rescates en 24 horas. (>3 rescates día se hace sumatoria a la dosis y se redistribuye nuevamente.

### Hidromorfona:

Dosis inicio 0,1 - 0,2 mg / 4 horas, con máximo 6 rescates de la misma dosis

Infusión continua

Ante refractariedad iniciar sedación paliativa



## Astenia, Ansiedad, Insomnio

Benzodiacepinas:

Ansiolítico: Alprazolam 0.25 a 0.5mg/noche.

Midazolam intravenoso o subcutáneo cada 6 horas cuando las dosis de opioide se han ajustado de forma rápida y no hay mejoría, con rescates de la misma dosis.

## Secreciones

Butilbromuro de hioscina 20 a 40 mg c/8h o infusión de 80mg/24h IV ó SC.

Ipatropium Butilbromuro Inhalador 2 puff cada 6 horas

Náuseas: metoclopramida 20 mg IV ó SC cada 8 horas

Emesis: ondansetron 4mg IV c/12h

### Tos

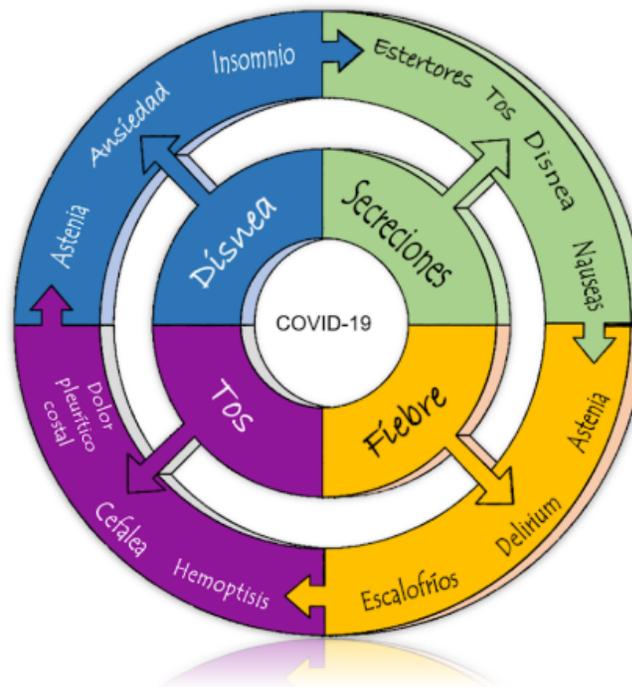
Si no presenta disnea se puede iniciar paracodina 5 – 10 ml/ 8 horas

Si presenta disnea utilizar morfina (ver manejo disnea)

#### Hemoptisis

Revisar si el paciente este anticoagulado, definir retiro de anticoagulante

Considerar el uso de ácido tranexámico 500 mg/12 h IV, si no hay contraindicación



### Fiebre

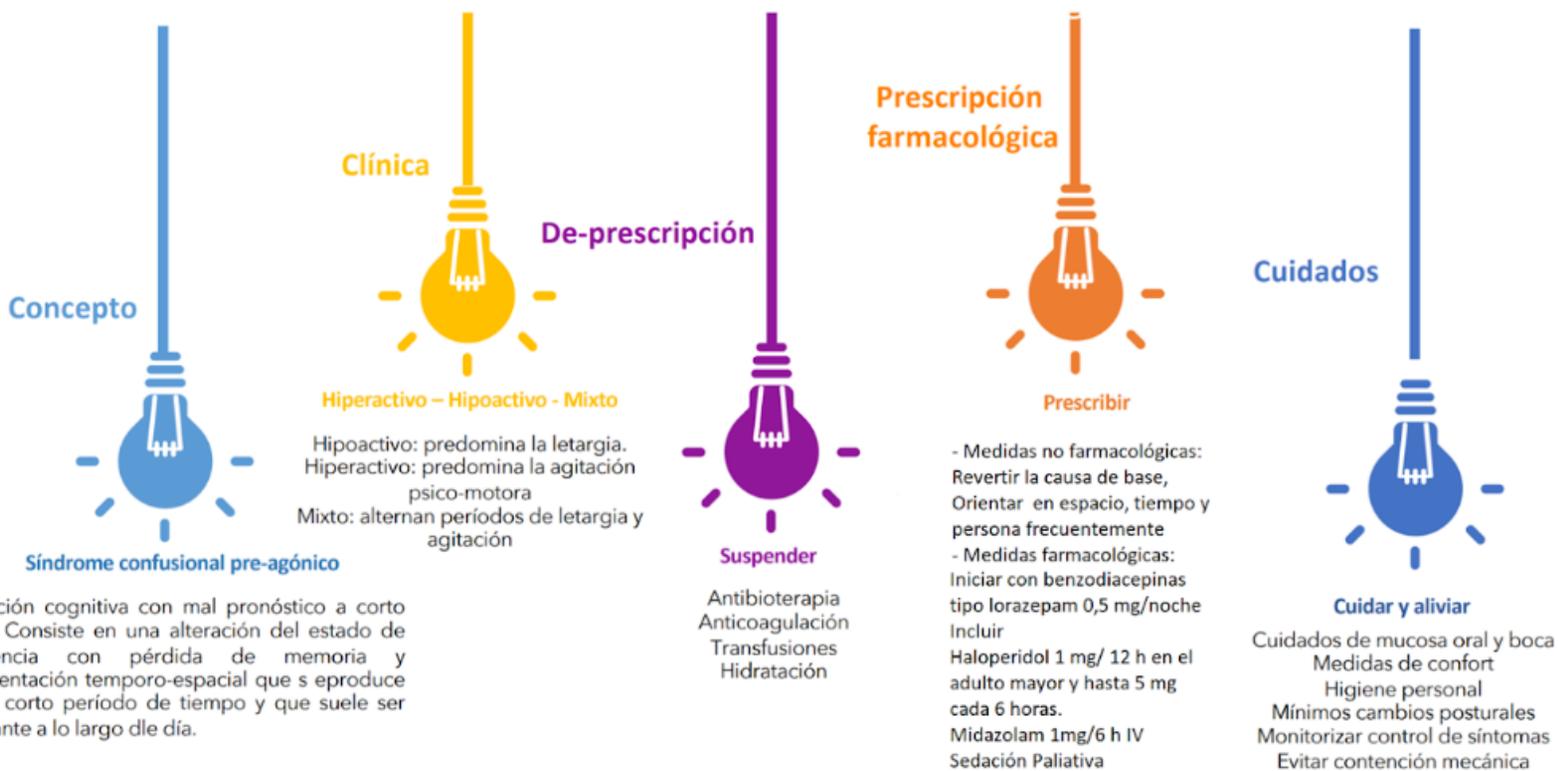
Acetaminofén 1g VO o IV cada 6 a 8 horas

El uso de AINEs está contraindicado

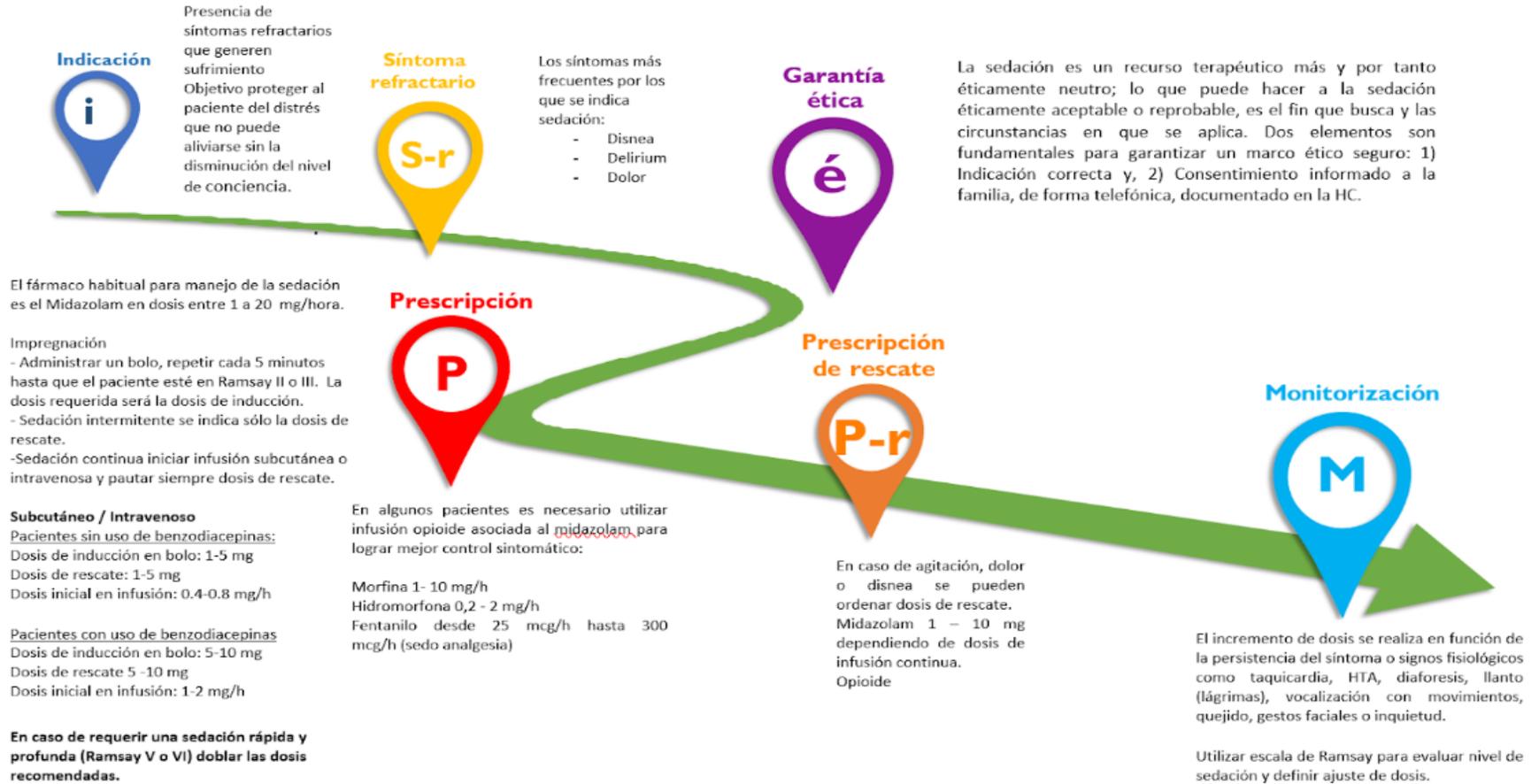
Si el paciente está en fin de vida considerar Parecoxib 40 mg/24 h IV.



# Delirium



## Sedación paliativa (SP)



# 10 Identifique complicaciones en las personas con COVID 19

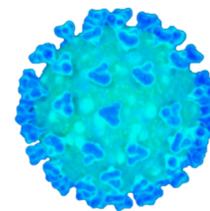
1. Síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA)
2. Falla renal aguda
3. Lesión miocárdica
4. Alteraciones neurológicas

**Búsqueda activa de SDRA en pacientes de mayor riesgo:**

- Edad avanzada
- Enfermedad cardiovascular, DM, EPOC, HTA, Cáncer.
- Deshidrogenasa láctica, linfopenia, PCR y Dímero D elevados.

## Identifique criterios para el egreso

- ▶ Ausencia de fiebre >48 horas sin antipiréticos  
y
- ▶ Mejoría clínica de los síntomas respiratorios y la hipoxemia  
y
- ▶ No requiere hospitalización por otras patologías  
y
- ▶ Tolerancia a la vía oral



# Preguntas

